

Fluch und Segen der Arzneimittelverordnung

DR. GÜNTER GERHARDT

Allgemeinarzt aus Wendelsheim



Das Ritual „Patient bekommt vor der Verabschiedung ein Rezept in die Hand gedrückt“ kennen wir alle. Zu Zeiten von „Morgens Fango, abends Tango“ war das noch sehr einfach. Wir konnten nahezu alles verschreiben, sei es gegen Durchfall, Verstopfung oder Blähungen. Verschiedene Salbchen, Schlaftabletten und zehnmahlige Massage und Fango. Das ist lange her – gut so! Allerdings: Wenn wir einmal mit Korrekturen angefangen haben, hören wir damit nicht auf, selbst wenn der bürokratische Aufwand groß und größer wird.

Im April dieses Jahres hatte Gesundheitsminister Hermann Gröhe zum „Pharmadialog“ eingeladen. Jedoch ohne Ärzte, sie saßen nicht einmal am Katzentisch. Auf der Grundlage dieses Dialogs soll das AMNOG (Arzneimittelmarkt-Neuordnungsgesetz) durch das AMVSG (Arzneimittelversorgungs-Stärkungsgesetz) weiterentwickelt werden. Die Ausgaben für Arzneimittel sollen gebremst werden. Schlimmstenfalls müssen wir dann vor jeder Verordnung in der Praxis-EDV nachschauen, ob Resultate des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur frühen Nutzenbewertung aufpoppen.

»Morgens Fango, abends Tango – das ist lange her«

Ursprünglich waren wir Ärzte einmal guter Hoffnung, dass wir uns mit der Einführung von Preisverhandlungen nicht mehr um die Kosten pharmakologischer Innovationen kümmern müssten. Wir gingen davon aus – und sollten uns auch vehement dafür einsetzen –, dass der zwischen dem GKV-Spitzenverband und einem Hersteller vereinbarte Erstattungsbetrag die Wirtschaftlichkeit des Arzneimittels über das gesamte Anwendungsgebiet herstellt. Ich betone ausdrücklich das „gesamte Anwendungsgebiet“, weil es bei Arzneiinnovationen mehrere Subgruppen geben kann, bei denen ein Zusatznutzen nur in einer oder einigen dieser Subgruppen anerkannt wird. In der Folge wurde deshalb ein Mischpreis für die Innovation gebildet.

Jetzt stören sich die Krankenkassen daran, dass für eine Arzneiinnovation stets der gleiche Preis erstattet wird, auch wenn es sich um eine Subgruppe ohne anerkannten Zusatznutzen handelt.

Für die Wirtschaftlichkeit über das gesamte Anwendungsgebiet gemäß vereinbartem Erstattungsbetrag muss sich unsere Interessenvertretung KV stark machen. Dies auch vor dem Hintergrund, dass die Krankenkassen jetzt dazu übergehen, gezielte Regressanträge in einer Subgruppe zu stellen – bei

einer sich auf das gesamte Anwendungsgebiet beziehenden, indikationsgerechten Verordnung. Die Ablehnung eines Zusatznutzens in einer Subgruppe stellt allerdings den Nutzen rechtlich nicht infrage, sodass der Regressantrag deswegen nur auf Unwirtschaftlichkeit gestützt werden kann.

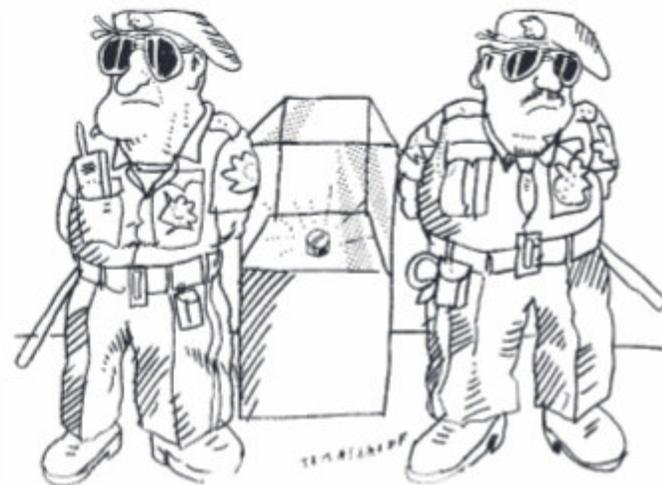
Als 2010 das AMNOG in Kraft trat, hieß es, dass die Verantwortung für Preise und Morbiditätsentwicklung auf die Krankenkassen übergehen würde. Die Verantwortung des Arztes beschränkte sich auf die Indikation und die Menge. Das System der Wirtschaftlichkeitsprüfung solle von Richtgrößen auf Leitsubstanzen und Dosierungen umgestellt werden.

Und jetzt die Rolle rückwärts: Uns droht ein Regress wegen Unwirtschaftlichkeit einer medizinisch indizierten, aber als Folge der Mischkalkulation überbeurten Verordnung.

Im AMVSG-Entwurf heißt es, der Gemeinsame Bundesausschuss habe innerhalb eines Monats nach einem Nutzenbewertungsbeschluss dessen maschinenlesbare Fassung zu veröffentlichen. Diese ist zur Abbildung in der Praxis-EDV geeignet. Wir dürfen dann nur solche Praxis-Programme einsetzen, die u.a. auch über die Nutzenbewertung des G-BA informieren. Merken Sie etwas?

Zumindest haben jetzt die KVen von Baden-Württemberg, Bayern und Westfalen-Lippe beim Gesundheitsministerium angefragt, ob die Kassen das Arzt-Informations-Sys-

»Die Praxen lahmgelegt und eine Flut Prüfanträge«



tem dazu instrumentalisieren wollen, die ärztliche Therapiefreiheit zu beschneiden. Sie fordern, bereits im Gesetz dafür zu sorgen, dass die Arztinformation weder als Leitlinie noch als Prüfkriterium taugen darf.

Gut auch, dass in der Vertreterversammlung der KBV am 18. September Vize Regina Feldmann klare Kante gezeigt hat: „Was wir ablehnen sind Wirtschaftlichkeitshinweise, die zu faktischen Verordnungsausschlüssen führen oder zu Anträgen

auf Einzelfallprüfungen und damit zu Regressen für Vertragsärzte.“

Sollte es trotzdem, so wie vom Gesetzgeber und den Krankenkassen geplant, umgesetzt werden, würde unser Praxisalltag lahmgelegt. Und eine Flut von Prüfanträgen würde über uns hereinbrechen.

Diese vier Hausärzte schreiben für Sie:



Dr. Frauke Höllering, Amberg

Dr. Robert Oberpelsteiner, Berchtesgaden

Dr. Cornelia Tauber-Bachmann, Alzenau

Dr. Günter Gerhardt, Wendelsheim

So erreichen Sie uns: kontakt@medical-tribune.de oder Medical Tribune Verlagsgesellschaft mbH, Redaktion, Unter den Eichen 5, 65195 Wiesbaden