

Prüfgruppe
RD Dortants

Bonn, den 18. September 2002,
Hausruf: 2202

Herrn
Unterabteilungsleiter 22

zur Kenntnis

Betr.: Einsparmöglichkeiten im Arzneimittelbereich
hier: Denkschrift des Leiters der Prüfgruppe von März 2000

1. Die seinerzeit in einer Denkschrift zusammengefassten Überlegungen zur Senkung der Kosten im Arzneimittelbereich haben aufgrund mangelnder Resonanz ihr Ende im Reißwolf gefunden. Außerdem wurden die Dateien auf meinem privaten PC gelöscht. Verblieben sind die beigelegten - von Herrn Bayer-Helms erstellten - Listen der ersten 250 Medikamente aus der „Roten Liste“, die aufzeigen sollten, welches Einsparvolumen anfällt, wenn bei wirkstoffgleichen Medikamenten das jeweils preisgünstigste Medikament zu Lasten der Krankenkassen abgegeben worden wäre. Obwohl nähere Angaben zu Packungsgrößen (N1, N2 und N3) und Verordnungsvolumina fehlten (was nur mit hohem Aufwand möglich gewesen wäre), erschien ein (hochgerechnetes) Einsparvolumen von ca. 4 Mrd. DM durchaus realistisch. Nach meiner Erinnerung gibt es eine Studie zum Einsatz von Generika, die allein hierfür ein Einsparvolumen von 3 Mrd. DM ausweist.
2. Eine Rekonstruktion der o.g. Denkschrift ist - da die handschriftlichen Aufzeichnungen ebenfalls vernichtet worden sind und die Erinnerung nach zwei Jahren erhebliche Lücken aufweist - kurzfristig nicht möglich.
3. Kursorische Zusammenfassung
 - Ausgangspunkt der Überlegungen war das Ordnungsverhalten des Arztes, das in nicht unerheblichem Umfang durch Beeinflussung (eingeführter Handelsname, Gewohnheit, Meinungsführer), finanzielle Vorteile (Geld- und Sachleistungen der Pharmaindustrie) und die Herstellung von „Kundenzufriedenheit“ bestimmt wird. Das Interesse an einem wirtschaftlichen und sparsamen Verord-

nungsverhalten ist aus naheliegenden Gründen nur schwach ausgeprägt. Daran hat sich auch durch gesetzliche Regelungen und andere dirigistische Maßnahmen nichts bzw. nur wenig geändert. Nach meiner Einschätzung sind auch finanzielle Anreize (vgl. Vereinbarung zwischen der AOK-Rheinland und der KV Nordrhein) ein untaugliches Instrument, da ein Teil der beabsichtigten Einsparungen den Ärzten zu Gute kommt und erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit des Bonus-Systems bestehen. Denn das Risiko, einen Patienten wegen nicht verordneter bzw. unter dem Gesichtspunkt „Preisgünstigkeit“ verordneter Arzneimittel zu verlieren, wird im Zweifel das Handeln des Arztes bestimmen. Die Entwicklung der Arzneimittelkosten bestätigt letztendlich, dass die bisherigen Steuerungsinstrumente versagt haben und aus den vorgenannten Gründen auch hinkünftig keinen Erfolg haben werden. Vielmehr müssen andere Ansätze gesucht werden.

Ein Lösungsansatz könnte sein, dass Ärzte grundsätzlich nur noch Wirkstoffe verordnen, was, wenn überhaupt, m.E. nur einen schwachen Eingriff in die Therapiefreiheit des Arztes darstellt. Damit obliegt es dem Apotheker, aus der Gruppe der wirkstoffgleichen Arzneimittel das „geeignete“ Mittel herauszusuchen, wobei das Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) zu beachten ist. Bei wirkstoffgleichen Arzneimitteln kann das nur das preisgünstigste Produkt sein, sollte aber gleichwohl in § 12 Abs. 2 SGB V als Satz 2 ausdrücklich aufgenommen werden. Besteht der Versicherte auf der Abgabe eines teureren Produkts, muss er die Differenz zum preisgünstigsten Präparat selbst tragen. Dieses Prinzip funktioniert auch dann, wenn an der Verordnung von Arzneimitteln festgehalten wird. Damit ist sichergestellt, dass das o.g. Einsparvolumen ausgeschöpft wird. Darüber hinaus ist davon auszugehen, dass die Preise für Arzneimittel unter Druck geraten und schon kurzfristig sinken werden.

Grundsätzlich überdacht werden sollten m.E. auch die Zuzahlungsregelungen. Bagatellarzneimittel - das sind solche bis 5,- € - sind vom Versicherten grundsätzlich selbst zu tragen. Bei teureren Produkten fällt eine Rezeptgebühr (z.B. 4,- €) an. Leider kann ich nicht mehr auf meine Unterlagen zurückgreifen, in denen auf „Mengengerüste nach Preissegmenten“ hingewiesen worden ist, die aufzeigen, in welcher Höhe Bagatellarzneimittel und Rezeptgebühr festgesetzt werden müssen, um einen Ausgleich zu den „Mehrausgaben“ herzustellen.

- Auch die Härtefallregelung (§ 61 ff. SGB V) sollte überdacht werden. Die „zumutbare Eigenbelastung“ sollte nach einem Vom-Hundert-Satz am Beitragsaufkommen des Versicherten bemessen werden. Dies wäre nicht nur sozial - der Beitrag spiegelt in der Regel die Leistungsfähigkeit wider -, sondern deutlich einfacher. Die überschießenden Beträge werden von der Krankenkasse erstattet (Antrag des Versicherten im ersten Quartal des Folgejahres - Ausschlussfrist).
- Ungelöst bleibt das Problem der „Notwendigkeit einer Verordnung“ und die „Notwendigkeit dieser Verordnung“, weil § 33 a SGB V immer noch nicht umgesetzt ist. Dies ist auch deshalb schmerzlich, weil mit einer derartigen Regelung das Problem der „wirkstoffähnlichen“ Produkte gelöst werden könnte.
- Ob der Arzt im begründeten Einzelfall die Abgabe eines bestimmten Arzneimittels verbindlich vorgeben kann, ist m.E. ein lösbares Randproblem und wird deshalb nicht weiter ausgeführt.

4. Fazit:

Die von mir unter Mitwirkung von Herrn Bayer-Helms und Herrn Leber entwickelten Vorschläge sind nach zwei Jahren immer noch richtig und werden durch die Realität bestätigt. Sie sind auch teilweise umsetzbar, wobei bestehende Regelungen nicht bzw. nur geringfügig geändert werden müssen. Es wird nicht der Anspruch einer umfassenden Darstellung und Diskussion erhoben. Es handelt sich vielmehr um ein Grobkonzept, in dem auf wichtige Gesichtspunkte und Mechanismen hingewiesen wird. In vielen Bereichen fehlen noch aussagekräftige Zahlen. Hier muss nachgearbeitet werden.

Ich bedauere sehr, dass die vorstehenden Ausführungen qualitativ deutlich hinter der „Denkschrift“ zurückstehen. Der Verlust dürfte m.E. jedoch gering sein, da ich die „Denkschrift“ mit „qualifiziert-laienhaft“ bewerten würde.