

## **Unterrichtung**

**durch die Bundesregierung**

### **Bericht der Bundesregierung über die Umsetzung der gesetzlichen Vorschrift zur Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung**

#### **Berichtsauftrag**

Der Deutsche Bundestag hat am 17. Februar 2006 das Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung beschlossen. Mit diesem Gesetz ist im Fünften Buch Sozialgesetzbuch eine neue Vorschrift zur Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung eingeführt worden (§ 115c Absatz 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung –, SGB V). Zu dieser Neuregelung hat der Deutsche Bundestag eine Entschließung angenommen. Damit wird die Bundesregierung aufgefordert, über die Umsetzung der Neuregelung zu berichten (Beschluss vom 17. Februar 2006 der Beschlussempfehlung auf Bundestagsdrucksache 16/691).

Die Entschließung hat folgenden Wortlaut:

„Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, vor dem Hintergrund der Steigerung der Arzneimittelausgaben in der ambulanten Versorgung über die Umsetzung der Regelungen der Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach der Krankenhausbehandlung zu berichten (§ 115c SGB V). Der Deutsche Bundestag ist der Auffassung, dass es Aufgabe der Krankenkassen ist, bei etwaigen Verstößen unmittelbar vom Krankenhaus Abhilfe zu verlangen. Es ist zudem Aufgabe der Vertragsparteien, etwaige Verstöße gegen diese Vorgaben bei den jährlichen Vereinbarungen zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems sowie bei den Vereinbarungen mit den einzelnen Krankenhäusern zu berücksichtigen.“

#### **Inhalt der gesetzlichen Regelung**

Der Deutsche Bundestag hat die Regelung des § 115c Absatz 2 SGB V aufgrund eines Änderungsantrags zum Gesetzentwurf beschlossen, der im Gesundheitsausschuss eingebracht worden ist.

Die Vorschrift lautet: „Ist im Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die Fortsetzung der im Krankenhaus be-

gonnenen Arzneimitteltherapie in der vertragsärztlichen Versorgung für einen längeren Zeitraum notwendig, soll das Krankenhaus bei der Entlassung Arzneimittel anwenden, die auch bei Verordnung in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist.“

Die Begründung zum Änderungsantrag hat folgenden Wortlaut:

„Durch die Neuregelung soll die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beim Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung verbessert werden. Damit soll erreicht werden, dass Patienten bei der Entlassung aus dem Krankenhaus Arzneimittel erhalten, die in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Es ist Aufgabe der Krankenkassen, bei etwaigen Verstößen unmittelbar vom Krankenhaus Abhilfe zu verlangen. Es ist zudem Aufgabe der Vertragsparteien, etwaige Verstöße gegen diese Vorgaben bei den jährlichen Vereinbarungen zur Weiterentwicklung des pauschalierenden Entgeltsystems sowie bei den Vereinbarungen mit den einzelnen Krankenhäusern zu berücksichtigen“ (Bundestagsdrucksache 16/691).

#### **Umsetzung der gesetzlichen Neuregelung**

Die gesetzliche Neuregelung ist vom einzelnen Krankenhaus jeweils für einzelne Patientinnen und Patienten zu beachten. Patientinnen und Patienten sollen in der stationären Krankenhausbehandlung bei der Entlassung Arzneimittel erhalten, die nach den Grundsätzen in der vertragsärztlichen Versorgung zweckmäßig und wirtschaftlich sind, soweit dies ohne eine Beeinträchtigung der Behandlung im Einzelfall oder ohne eine Verlängerung der Verweildauer möglich ist. Ziel der Vorschrift ist, dass die Arzneimitteltherapie bei Entlassung aus der stationären Krankenhausbehandlung in der ambulanten Behandlung

fortgeführt werden kann und eine Therapieumstellung nicht erforderlich ist.

Die Krankenhausärztin oder der Krankenhausarzt teilt diese Arzneimitteltherapie der weiterbehandelnden Vertragsärztin bzw. dem Vertragsarzt mit. Dabei sollen auch Therapievorschlüsse unter Verwendung der Wirkstoffbezeichnungen unterbreitet werden. Falls preisgünstigere Arzneimittel mit pharmakologisch vergleichbaren Wirkstoffen oder therapeutisch vergleichbarer Wirkung verfügbar sind, ist mindestens ein preisgünstigerer Therapievorschlus anzugeben. Abweichungen sind in medizinisch begründeten Ausnahmefällen zulässig (§ 115c Absatz 1 SGB V).

Ob die gesetzliche Verpflichtung des § 115c Absatz 2 SGB V beachtet worden ist, kann nur anhand der Angaben in den Arztbriefen nachvollzogen werden. Den Inhalt eines Arztbriefes können aus Gründen des Datenschutzes aber nur die Patientinnen und Patienten selbst sowie die ausstellenden Krankenhaus- und empfangenden Vertragsärztinnen und Vertragsärzte kennen, nicht hingegen die Krankenkasse oder die Kassenärztliche Vereinigung. Es gibt keine Rechtsvorschriften, die eine statistische Aufbereitung von Arztbriefen vorsehen. Verlässliche statistische Daten zur Umsetzung der Neuregelung des § 115c Absatz 2 SGB V sind deshalb nicht verfügbar.

### Stellungnahmen zur Umsetzung

Das Bundesministerium für Gesundheit begleitet die Umsetzung der Regelungen zur Entlassmedikation und hat die maßgeblichen Verbände im Mai 2008 und im März 2009 um Stellungnahme zum Stand der Umsetzung gebeten. Dabei wurde insbesondere um Informationen gebeten, ob Erkenntnisse vorliegen, dass in Entlassbriefen unwirtschaftliche und unzweckmäßige Arzneimittel aufgeführt sind bzw. ob Verstöße gegen die Vorschrift des § 115c Absatz 2 SGB V festgestellt und Maßnahmen getroffen wurden oder beabsichtigt sind.

Entsprechende Anfragen haben der Spitzenverband Bund der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker erhalten.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen teilt in seiner Stellungnahme vom 15. Mai 2009 mit, die Krankenkassen verfügten über keine Informationen bezüglich der Entlassmedikation und könnten zur Einhaltung der gesetzlichen Vorgaben nichts beitragen. Der Verband vertritt zudem die Auffassung, die Krankenkassen hätten keine Möglichkeit, eventuelle Verstöße einzelner Krankenhäuser zu sanktionieren.

Die Deutsche Krankenhausgesellschaft und der Bundesverband Deutscher Krankenhausapotheker vertreten mit gemeinsamen Schreiben vom 25. September 2008 die Auffassung, die Regelung des § 115c Absatz 2 SGB V sei derzeit kaum umsetzbar. Hierfür seien Vergleichslisten über die Arzneimittel-Preise in öffentlichen Apotheken erforderlich sowie Informationen über vereinbarte Ra-

batte der Krankenkassen für Arzneimittel. Diese Informationen lägen nicht vor.

In einer weiteren Stellungnahme vom 28. April 2009 bekräftigt die Deutsche Krankenhausgesellschaft ihre Auffassung, die Regelung des § 115c SGB V sei nicht dazu geeignet, die steigenden Arzneimittelkosten im vertragsärztlichen Bereich zu begrenzen. Jedoch seien Krankenhäuser darum bemüht, eine Abstimmung der Entlassmedikation mit den Anforderungen der vertragsärztlichen Versorgung zu gewährleisten. So würden einige Krankenhäuser Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung oder Vertragsärzte an Sitzungen ihrer Arzneimittelkommission beteiligen. Auch würden einige Krankenhäuser Projekte zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie am Übergang zwischen ambulanter und stationärer Versorgung durchführen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung teilt mit, Kassenärztliche Vereinigungen berichteten übereinstimmend, es bestünden weiterhin erhebliche Probleme mit Entlassmedikationen von Krankenhäusern. Insbesondere würden Patientinnen und Patienten in stationärer Behandlung oft auf unzweckmäßige oder unwirtschaftliche Arzneimittel eingestellt. Vielfach würden Patientinnen und Patienten aus dem Krankenhaus mit einer problematisch hohen Zahl von Arzneimitteln zur Dauerbehandlung entlassen. Vertragsärztinnen und Vertragsärzte müssten die Arzneimitteltherapie von Patientinnen und Patienten nach Krankenhausentlassung häufig umstellen.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen Bayern, Berlin, Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Rheinland Pfalz, Sachsen, Sachsen-Anhalt, Thüringen und Westfalen-Lippe hätten hierzu zahlreiche konkrete Beispiele genannt. Kassenärztliche Vereinigungen würden diese Probleme mit Krankenhausgesellschaften erörtern.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung berichtet außerdem, sie habe mit einigen privaten Krankenhausträgern Kooperationsvereinbarungen zur Sicherung einer zweckmäßigen und wirtschaftlichen Entlassmedikation abgeschlossen.

### Bewertung durch die Bundesregierung

Die Regelung des § 115c Absatz 2 SGB V soll Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung beim Übergang zwischen stationärer und ambulanter Versorgung gewährleisten. Der Regelungszweck der Vorschrift des § 115c SGB V ist nach Auffassung des Bundesministeriums für Gesundheit weiterhin sachgerecht. Insbesondere ist eine regelmäßige Abstimmung der Arzneimitteltherapie beim Übergang von der stationären in die ambulante Versorgung sowohl für die Patientinnen und Patienten, als auch zur Sicherung von Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erforderlich.

Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft geforderte Übermittlung einer Preisvergleichsliste und Information zur Höhe vereinbarter Rabatte für Arzneimittel ist als Voraussetzung für die Umsetzung der Vorschriften zur Entlassmedikation des § 115c Absatz 2 SGB V nicht zwingend. Die Auswahl eines preisgünstigen wirkstoff-

gleichen Arzneimittels (Generikum) wird bereits durch die Apotheken gewährleistet. Diese sind nach § 129 Absatz 1 SGB V verpflichtet, Rabatt-Arzneimittel der Krankenkassen bevorzugt abzugeben (§ 129 Absatz 2 SGB V). Insofern bedarf es keiner Beteiligung der Krankenhäuser bei der Entlassmedikation. In der vertragsärztlichen Versorgung werden Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Arzneiverordnungen durch die Arzneimittelrichtlinien (§ 92 SGB V) konkretisiert. Demzufolge sind auch Krankenhäuser aufgrund § 115c Absatz 2 SGB V regelmäßig verpflichtet, bei der Wirkstoff-Auswahl für die Entlass-Medikation die Arzneimittelrichtlinien nach § 92 SGB V zu berücksichtigen, insbesondere Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse sowie Therapiehinweise.

Die Bemühungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Abschluss von Kooperationsvereinbarungen mit Krankenhausträgern und die Aktivitäten einzelner Krankenhäuser zeigen, dass die bessere Abstimmung

zwischen ambulanter und stationärer Versorgung auch in der Arzneimittelversorgung möglich ist.

Das Ergebnis der Abfrage bei der Selbstverwaltung ermöglicht keine vollständigen, umfassenden und widerspruchsfreien Erkenntnisse über die Umsetzung der Regelungen des § 115c Absatz 2 SGB V und über den Erfolg von Bemühungen zur Verbesserung der Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Arzneitherapie. Es besteht allerdings Anlass für Zweifel, ob die gesetzlichen Vorgaben über Einzelfälle hinaus hinreichend umgesetzt werden. Die Vermutung liegt nahe, dass Umsetzungsdefizite bestehen.

Das Bundesministerium für Gesundheit ist der Auffassung, dass deshalb weitere Erkenntnisse darüber erlangt werden müssen, wie die Zusammenarbeit zwischen ambulanter und stationärer Versorgung in der Arzneitherapie gesichert werden kann. Außerdem sollte geprüft werden, ob weiterer gesetzlicher Handlungsbedarf besteht.

