

Mit dem neuen Arzneimittelgesetz drohen weitere Regressfallen

Achtung bei Software, Verblisterung und Antibiotika

Medical-Tribune-Bericht

HOFHEIM – Der Entwurf des Gesetzes zur Stärkung der Arzneimittelversorgung in der GKV (AM-VSG) enthält Regelungen, die für die hausärztliche Praxis potenziell mit einer erhöhten Regressgefahr verbunden sind. Schlimm ist, dass dies offenbar unbemerkt passiert.

Nach dem Willen des Gesetzgebers müssen die Ergebnisse der Arzneimittelnutzenbewertung den Vertragsärzten künftig über die Praxisverwaltungssysteme (PVS) zur Verfügung gestellt werden, damit sie bei der Therapieentscheidung Berücksichtigung finden. Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat deshalb künftig zu jedem Beschluss auch eine Fassung zu liefern, die zur Abbildung im PVS geeignet ist.

Man braucht kein Prophet sein, um vorauszusagen, dass die notwendigen Softwareanpassungen von den Praxen getragen werden müssen. Siehe Neueinführung des Medikationsplanes (und für den gibt es immerhin ein – dürftiges – Honorar).

Preisrisiko der Verblisterung wird auf Hausarzt verlagert

Mehr noch: Die Neuregelung dürfte die Regressgefahr deutlich steigern. Nach Auffassung des Bundesgesundheitsministeriums sollen die PVS-Infos nämlich die wirtschaftliche Auswahl der geeigneten Arznei unterstützen. Was bei Nichtbeachtung dieser Hinweise passiert, dürfte bei Regressanträgen und ggf. der Regressbemessung eine Rolle spielen.

Fast schon heimtückisch ist eine weitere Neuregelung bei der mittlerweile in Pflegeheimen üblichen Verblisterung von Arzneimitteln. Bisher war dies ausschließlich ein Thema zwischen Apotheke und Kasse. Hier ist eine Änderung vorgesehen: Die Arzneimittelpreisverordnung findet künftig keine Anwendung mehr, wenn die Abgabe von aus Fertigarzneimitteln entnommenen Teilmengen aufgrund ärztlicher Verordnung erfolgt.

Das Preisrisiko bei der Verblisterung wird also auf den verordnenden Hausarzt verlagert, der eine solche – deutlich teurere – Darreichungsform künftig ausdrücklich verordnen muss. Die Heimbetreuung von Patienten wird damit zu einem weiteren Risiko für die Praxis!

Kein Festbetrag für Reserveantibiotika

Im neuen Gesetz lauert aber noch eine zweischneidige Regelung. So soll indirekt die Verordnung von Antibiotika erschwert werden. Der neue § 35 Absatz 1 SGB V sieht vor, dass bei der Bildung von Festbetragsgruppen für Antibiotika künftig auch die Resistenzlage berücksichtigt wird. Zur Vermeidung von Antibiotikaresistenzen will man

Reserveantibiotika von der Festbetragsgruppenbildung ausschließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung begrüßt das. Sie fordert, auch Antimykotika und Virustatika entsprechend zu berücksichtigen.

Wie sollen die Ärzte ein Problem der Tierzucht lösen?

Dabei wird durch diese Regelung versucht, über die unverminderte Regressbedrohung die Antibiotika-Verordnung in den Praxen zurückzudrängen. Reserveantibiotika würden dann nämlich deutlich teurer und der Vertragsarzt wäre gezwungen, preisgünstigere, festbetragsgeregelte Antibiotika zu verordnen. Was soll das bei einem Problem bringen, dessen Ursache viel mehr im ungebremsten Antibiotika-Einsatz in der Tierzucht zu suchen ist?

Neues IT-Tool mit Nutzeninfos kostet unser Geld

Hinzu kommt, dass gemäß GKV-Versorgungsstärkungsgesetz ab dem 1.1.2017 die Richtgrößenprüfung als Regelprüfart zwar aus dem § 84 SGB V gestrichen ist, die Regeln zur Vereinbarung von Ausgabenvolumina wie auch die entsprechenden Rahmenvereinbarungen aber aufrechterhalten werden. Wenn der Gesetzgeber diese Verknüpfung gezielt erzeugt hat, wäre das ausgesprochen hinterhältig, denn dann wäre eine weiterhin notwendige Volumensteuerung bei den Arzneiausgaben und damit auch bei der Verordnung von Antibiotika nur noch mit Kollektivregressen über eine Kürzung der Gesamtvergütung möglich.

Dabei hat man sich im Ministerium auch Gedanken gemacht, wie man die Praxen bei den neuen Auflagen unterstützen kann.



Eine scheinbar positive Gesetzespassage kann das Problem jedoch eher verstärken. Im neuen § 87 Absatz 2a SGB V ist vorgesehen, künftig Leistungen des EBM, die eine zielgerichtete Therapie bei Infektionen ermöglichen (z.B. die CRP-Bestimmung), so zu vergüten, dass sie in der Praxis kostendeckend erbracht werden können. Diese Regelung könnte aber genau das Gegenteil von dem bewirken, was gedacht ist.

Der Bewertungsausschuss soll nämlich nur prüfen, in welchem Umfang Diagnostika zur schnellen und qualitätsgesicherten Antibiotikatherapie in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzt werden können. Erst auf der Grundlage dieses Prüfergebnisses sollen dann Anpassungen des EBM beschlossen werden. Mögliche Mehrausgaben im Hinblick auf (Schnell-)Diagnostika zum zielgenaueren Einsatz von Antibiotika sind laut BMG nicht quantifizierbar und abhängig von den Entscheidungen des Bewertungsausschusses z.B. im Hinblick auf die vereinbarte Indikationsbreite und die Bewertung der Leistung.

Sauber kalkuliertes Honorar? Na, da hoffen wir mal drauf

Bis der Bewertungsausschuss solche Entscheidungen trifft, kann viel Zeit vergehen, zumal die Kassen paritätisch in diesem Gremium vertreten sind. Und was dann an betriebswirtschaftlich kalkuliertem Honorar herauskommt, haben wir gerade bei den neuen Abrechnungspositionen für Leistungen der nichtärztlichen Praxisassistenten (NäPa) erlebt.

Dr. Gerd W. Zimmermann