

Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG)

Das von der Bundesregierung geplante Gesetz zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Arzneimittelversorgung (AVWG) beschäftigt im Moment die medizinische Fachpresse und führt zu starken Verunsicherungen über die Zukunft der ärztlichen Verordnung durch den niedergelassenen Hausarzt.

Durch das Gesetz, welches am 01.04.2006 in Kraft treten wird, soll allein noch im laufenden Jahr ein Einsparvolumen in Höhe von rund einer Milliarde Euro realisiert werden. Insbesondere der Hausärzterverband hat sich mit einer Vielzahl substantiiertes Eingaben gegenüber dem Bundesgesundheitsministerium positioniert.

Aus Sicht des niedergelassenen Arztes steht ein Thema von besonderer Bedeutung im Vordergrund:

Die Regressierung der Verordnungen des niedergelassenen Arztes auf der Basis von sog. Tagestherapiekosten für verordnungsstarke Arzneimittelgruppen (z. B. Betablocker, Statine, PPI´s etc.).

Aus der Sicht des Juristen würde ein auf dieser Basis ausgesprochener Regress aus einer Vielzahl von Gründen wohl nicht halten.

Es liegt schon keine klassische Wirtschaftlichkeitsprüfung mehr vor, da die Prüfungsgremien nur noch eine nach mathematischen Grundsätzen gefundene Entscheidung treffen können. Dies würde der bislang vom Bundessozialgericht geforderten intellektuellen Prüfung widersprechen, innerhalb derer auch die maßgeblichen medizinischen Aspekte zu berücksichtigen sind. Wesentlich bedeutsamer ist aber, dass Tagestherapiekosten zur Zweckerreichung völlig ungeeignet sind:

Die derzeitige Diskussion über Tagestherapiekosten geht zurück auf die amtliche Fassung der anatomisch-therapeutisch-chemischen Klassifikation mit Tagesdosen (amtliche Fassung des ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahr 2005). Diese ist aufgrund der Vorschrift des § 73 Abs. 8 SGB V erstellt worden, wonach aus Gründen der Sicherung der wirtschaftlichen Verordnungsweise Vertragsärzte auch vergleichend über preisgünstige Leistungen zu informieren sind. Die Kosten solcher Arzneimittel sind je Tagesdosis anzugeben.

Bereits im Vorwort der entsprechenden Begutachtung heißt es, dass es sich hierbei lediglich um grobe Hilfsgrößen handelt. Eine Aussage über die Wirtschaftlichkeit im Einzelfall kann aber damit gar nicht gegeben sein. Dabei darf Zweckerreichung - juristisch betrachtet - nicht allein dem Zweck dienen, Geld einzusparen. Es ist systematisch immer zu beachten, dass der Versicherte einen Anspruch auf Verordnung von Medikamenten hat, solange diese ausreichend, zweckmäßig und notwendig für die Heilbehandlung sind.

Aus diesem Grunde ist der Arzt bei seinen Verordnungen auch in zweierlei Hinsicht, sofern er einen Behandlungsvertrag mit dem Patienten eingeht, gefangen. Haftungsrechtlich ist er verpflichtet im Rahmen der Heilbehandlung den medizinischen Standard zu gewährleisten. Ob dieser Standard eingehalten ist, kann sich nicht an einer vereinbarten Menge für Tagestherapiekosten beurteilen. Die haftungsrechtliche Verantwortung kann also möglicherweise ein viel höheres Verordnungsvolumen bzw. eine bessere Versorgungsqualität verlangen, als die Vertragsparteien einer Vereinbarung zugrundegelegt haben. Aber auch sozialversicherungsrechtlich hat der Patient eben den Anspruch auf eine ausreichende Behandlung, so dass sich der Abschluss einer solchen Vereinbarung letztlich auch an der abstrakten Möglichkeit des medizinischen Erfolges messen lassen muss.

Dies macht aber auch deutlich, dass am Ende das Recht die Frage nach der Rechtmäßigkeit eines solchen Gesetzes nicht abschließend zu beantworten vermag. Erst an sekundärer Stelle, nämlich bei der Subsumtion entscheidet sich nach rechtlichen Grundsätzen die Rechtmäßigkeit oder Rechtswidrigkeit einer solchen gesetzlichen Norm. Es muss also zunächst einmal feststehen, ob die Verordnung auf der Basis von Tagestherapiekosten auch für den Versicherten ausreichend, zweckmäßig und damit wirtschaftlich im engeren Sinne ist. Diese Tatsachenfrage vermögen nur Mediziner und Pharmakologen zu beantworten.

Nun wird sich der niedergelassene Hausarzt, der durch zu hohe Verordnungen und daraus resultierenden Regressen möglicherweise in seiner Existenz gefährdet werden kann, ungern darauf verlassen, erst nach mehreren Jahren im Prozessverfahren vor dem Sozialgericht Recht zu bekommen. Da eine Klage unmittelbar gegen das Gesetz (sog. Normenkontrollklage) im Sozialversicherungsrecht nicht vorgesehen ist, ist auch ein solcher Weg verschlossen. Nur der von einem Regressverfahren betroffene Arzt kann auf diesem Wege inzident gegen die Rechtmäßigkeit der Norm vorgehen.

Insoweit wird sich für die niedergelassenen Hausärzte die Frage stellen, wie sie denn in ihrer täglichen Verordnungspraxis mit dieser „Bedrohung“ umgehen sollen. Auch hier ist der Jurist für die Beratung zunächst auf einen feststehenden Sachverhalt im Tatsächlichem angewiesen. Sind bestimmte Tagestherapiekosten aus medizinischer Sicht völlig ungeeignet, um den Anspruch des Versicherten auf eine ordnungsgemäße Behandlung zu erfüllen, besteht zugleich ein Rechtsanspruch des Versicherten auf eine Verordnungsmenge bzw. -qualität, die zum medizinischen Heilerfolg führt. Solange der Vertragsarzt zugelassen ist, hat er diesen Anspruch des Versicherten über entsprechende Verordnungen auch der Höhe nach zu erfüllen. Ein möglicher Regress muss ihm dann auch nicht ernsthaft Sorge bereiten, weil sich auch die Sozialgerichtsbarkeit über ein solches medizinisches Urteil nicht hinwegsetzen wird.

Vertritt man hingegen die Auffassung, dass Tagestherapiekosten grundsätzlich geeignet sind, den Anspruch des Versicherten auf eine wirtschaftliche Behandlung zu konkretisieren, hat der Versicherte schon gar keinen Anspruch auf Versorgung mit Medikamenten, welche die festgelegten Tagestherapiekosten überschreiten. Nach dem gesetzlichen Auftrag ist die Höhe der Tagestherapiekosten indikationsbezogen in einer Vereinbarung durch die Vertragsparteien. Daraus entsteht eine untergesetzliche Norm (sog. normersetzender Kollektivvertrag), welche sowohl den Versicherten in seinem Anspruch bindet, aber auch den Arzt und die Prüfungsgremien. Schlicht ausgedrückt, darf der Arzt dem Versicherten dann auch gar keine größere Verordnungsmenge zukommen lassen. Auch haftungsrechtlich kann der Arzt nicht in die Verantwortung gelangen, weil eine ausreichende Versorgung in der Regel auch dem medizinischen Standard entsprechen wird. Diese Bindungswirkung bedeutet aber auch, dass der Arzt nicht verpflichtet werden kann, im Einzelfall höherpreisig zu verordnen. Wünscht der Patient eine solche Verordnung dennoch, hat er keinen Anspruch, diese zu Lasten des GKV-Systems zu erhalten. Eine über dieses „Wirtschaftlichkeitsgebot“ hinausgehende Verordnungsmenge müsste er dann privat bezahlen und dafür vom Arzt auch ein entsprechendes Privatrezept erhalten. Der Arzt kann insoweit den Patienten auch nicht auf die Kostenerstattungsregeln des SGB V verweisen, weil die Krankenkasse - sofern sie sich denn legal verhält - diese „unwirtschaftliche Verordnung“ gar nicht erstatten dürfte.

Vermittelnd wird man jedoch davon ausgehen können, dass die Prüfungsgremien bei der arztbezogenen Beurteilung der verursachten Tagestherapiekosten den Besonderheiten des jeweiligen Anwendungsgebietes Rechnung tragen werden. Insoweit ist davon auszugehen, dass keine rein statistisch-mathematische Beurteilung des Sachverhaltes stattfinden wird, sondern vielmehr auch medizinische Behandlungsnotwendigkeiten reflektiert werden. Beispielhaft sei in diesem Zusammenhang auf die Verordnung von Betablockern hingewiesen. Dort finden sich unterschiedliche Schweregrade innerhalb des jeweiligen Indikationsgebietes, je nach dem, ob die arterielle Hypertonie z. B. mit einer Asthma bronchiale/COPD einhergeht oder einer koronaren Herzkrankheit, was naturgemäß unterschiedliche Tagestherapiekosten nach sich zieht. Insoweit dürften derartige Tagestherapiekosten lediglich einen „Wirtschaftlichkeitskorridor“ beschreiben, von dem der Arzt im Einzelfall durchaus mit Blick auf die medizinische Behandlungsnotwendigkeiten abweichen darf, ohne im Gegenzug hierfür einen „Malus“ kassieren zu müssen.

Rechtsanwältin Yvonne Marckhoff,
Sozietät Dr. Rehborn
Kurfürstendamm 184
10707 Berlin