



KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Darstellung und Bewertung der Steuerungselemente der Arzneimittel- versorgung

Deutsche Gesellschaft für Kassenarztrecht

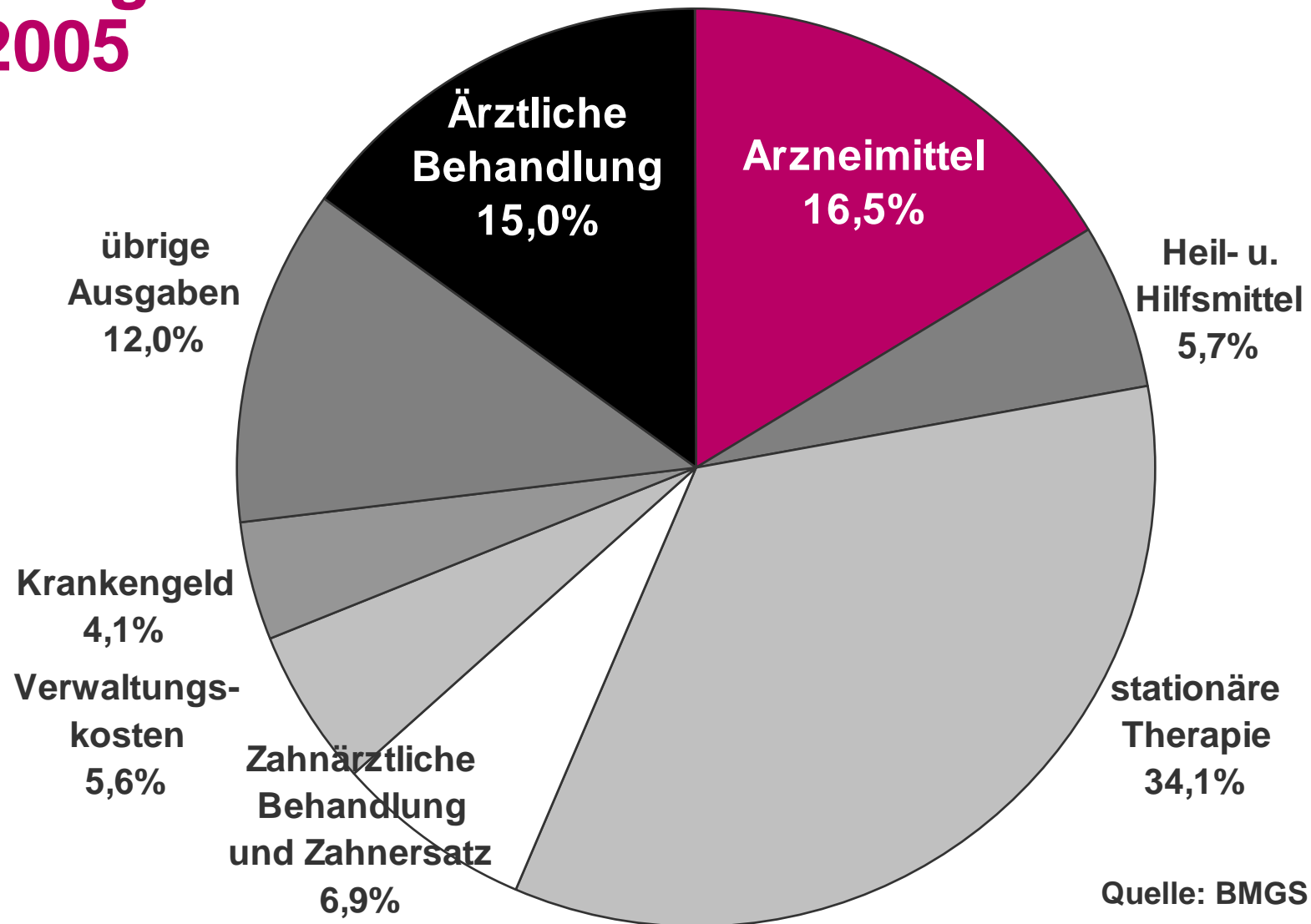
Symposium Arzneimittelsteuerung, Berlin, 30. März 2006

Ulrich Weigeldt

Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Ausgabenanteile der GKV im Bund 2005

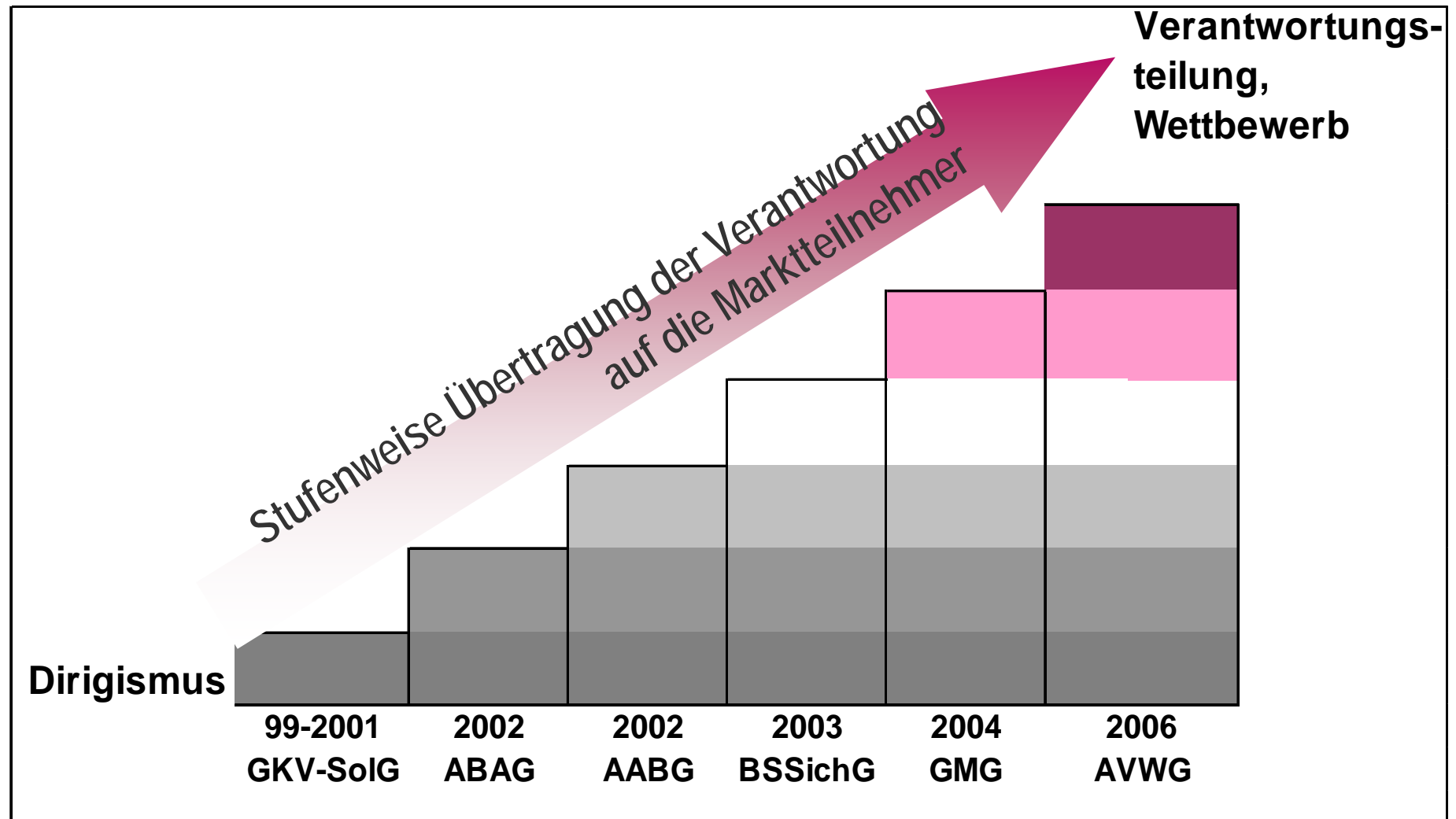


Quelle: BMGS 2006

Prozentuale jährliche Veränderungsraten der Ausgaben verschiedener europäischer Länder für Arzneimittel

Land	1996/1997	1997/1998	1998/1999	1999/2000	2000/2001	2001/2002	2002/2003
Finnland	6,7%	6,3%	10,7%	8,9%	12,6%	9,9%	6,7%
Frankreich	3,8%	5,7%	8,6%	5,7%	9,3%	6,8%	
Deutschland	-1,7%	4,8%	2,9%	2,8%	10,2%	6,5%	6,3%
Griechenland	9,4%	-6,2%	20,4%	21,1%	21,9%	20,0%	15,1%
Italien	10,6%	9,0%	8,1%	10,0%	9,4%	2,6%	2,3%
Luxemburg	6,3%	3,9%	8,5%	2,6%	11,0%	7,6%	7,1%
Niederlande	6,7%	34,8%	11,2%	7,7%	10,6%		
Portugal	11,6%	8,5%	11,2%	8,8%	9,3%	6,0%	4,0%
durchschnittlicher %-ualer Durchschnittswert (o. Deutschland)	7,9%	8,9%	11,2%	9,3%	12,0%	10,6%	8,8%

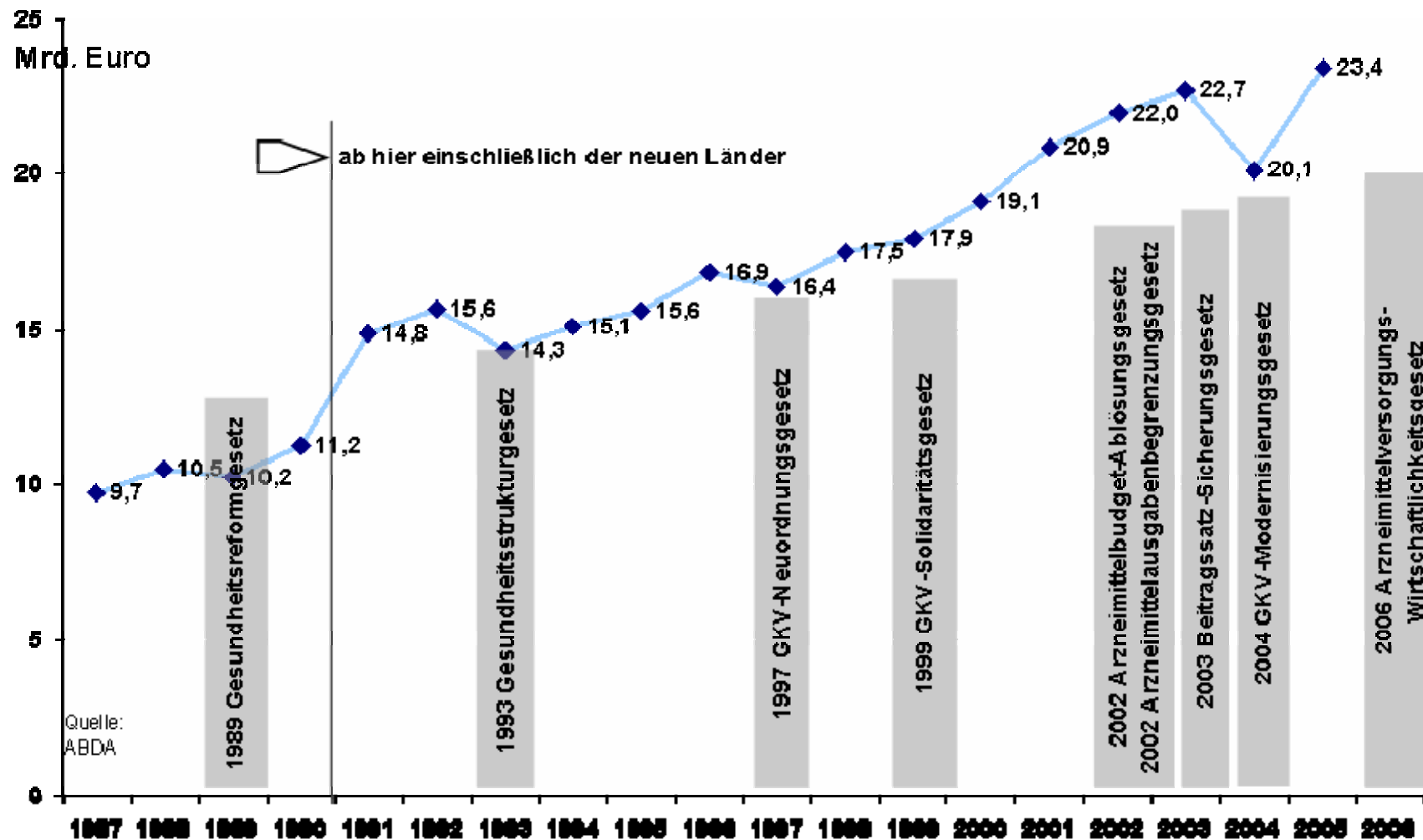
Ordnungspolitische Entwicklung der Steuerung der Arzneimittelversorgung I



Ordnungspolitische Entwicklung der Steuerung der Arzneimittelversorgung II

Gesetz	99-2001 GKV-SolG	2002 ABAG	2002 AABG	2003 BSSichG	2004 GMG	2006 AVWG
Teilung der Verantwortung					Versicherter / Patient	
					Großhandel	
					Pharmaindustrie	
					Apotheker	
					Krankenkassen	
Maßnahmen	Vertragsarzt					
	Arzneimittel- budget und Kollektiv- haftung	Arzneimittelver- einbarungen, Arzneimittel- ausgaben- volumina	Apotheken- abschlag, Hersteller- "ablass", aut idem, Verordnungs- berichte	Großhandels- und Hersteller- rabatte, Preis- moratorium	Ausschluss OTC, Zuzahlungsregeln, Änderung Arznei- mittelpreisverordnung, Einbezug Patentgeschützter Arzneimittel in Festbetragssystem	Einzelvereinbarungen von Vertragspartnern, Rabattvereinbarungen, Preismoratorium, Festbetragssenkungen, Verbot Naturalrabatte, Bonus-/Malus-Regelung

Ausgabenanstieg bei GKV-Arzneimitteln und Gesetze zur Kostendämpfung



Instrumente zur Steuerung der Arzneimittelversorgung / -ausgaben

- Rahmenvorgaben / Arzneimittelvereinbarungen
- Zielvereinbarungen
- Richtgrößen
- Festbeträge
- Arzneimittel-Richtlinien
- Preisvergleichsliste
- Preise / Rabatte
- Preisvergleichsliste
- Zuzahlungen
- Informationen
- Krankenhausentlassungsempfehlung

Faktoren, die die Steuerung der Arzneimittelausgaben einschränken I

- Keine vollkommene Rationalität auf der **individuellen Ebene** der Arzt-Patienten-Beziehung
 1. Bonus-Malus-Regelung AVWG – massive Störung des Vertrauensverhältnisses Arzt / Patient
 2. Patienten können durch fehlende Verordnung konkrete Arzt-Beziehung immer wieder in Frage stellen (Kundenbindung)
 3. Das alleinige Wissen um alle aktuellen Verordnungen liegt ausschließlich beim Patienten (Scheinbare Behandlungsfehler)

Faktoren, die die Steuerung der Arzneimittelausgaben einschränken II

- **Intransparenz und unzureichende Information auf der Prozessebene**
 1. fehlende zeitnahe Auswertung der Verordnungsdaten
 2. einseitige pharma-lastige Arzneimittelinformationen für Ärzte (ca. 16 000 Pharmareferenten)

Faktoren, die die Steuerung der Arzneimittelausgaben einschränken III

- **Unvollständige Regelungen auf der **strukturellen Ebene****
 - 1. Ausstehende Rabattregelungen**
 - 2. Unangreifbarkeit der Arzneimittelzulassungen**
 - 3. Benennung von Scheininnovationen**
 - 4. Preisentwicklung im Generikamarkt**
 - 5. Fortsetzung der Arzneimitteltherapie nach Krankenhausbehandlung**

Wer steuert das System?



System

- **Mangelnde Kommunikation/Kooperation**
- **Mehrfachverordnungen gleichsinniger Präparate (der Einzelne handelt wirtschaftlich und richtig) möglich**
- **Unbekannte Interaktionsrisiken bei solchen Mehrfachverordnung ohne ausreichende Information**
- **Folgekosten für dadurch bedingte Komplikationen**

Ein System hat immer die Resultate, die es hat; will man die Resultate ändern, muss man das System ändern.

(Paul Plsek)

Politik greift im AVWG Bonus – Malus - Überlegungen auf

- Vereinbarung von **Durchschnittskosten je definierter Dosiereinheit** für Gruppen von Arzneimitteln für verordnungsstarke Anwendungsgebiete (§ 84 Abs. 7a SGB V)
- Bei Überschreitung → Malus für den Arzt
- Bei Unterschreitung → Bonus an die KV
- Quartalsweise Prüfung Datenlage
- Anpassung der Richtgrößen – wie ?

Ergebnis = Verbesserung der Steuerung der Arzneimittelversorgung?

- ➔ massive bürokratische Belastung
- ➔ Störung Vertrauensverhältnis Arzt – Patient
- ➔ Realisierung in der Praxis problematisch
- ➔ Verhältnis Aufwand – Nutzen
- ➔ Diversifizierung der bestehenden Steuerungsansätze führt zu
 - Intransparenz und
 - zur Einschränkung der Steuerungsfähigkeit der Arzneimittelversorgung

Verantwortung der Vertragsärzte für

- **Medizinischen Fortschritt**
- **Zunahme der Morbidität**
- **Demographische Belastung**
- **Nachholbedarf bei Versorgungsdefiziten**
- **Versorgungsansprüche der Patienten**
- **Leitliniengerechte Versorgung**
- **Leistungsgebaren der Krankenkassen**
- **Preispolitik der Pharma-Hersteller**
- **Nachfrage-Induktion durch Pharma-Werbung**
- **Entlassungsverordnungen der Krankenhausärzte**
- **Abgabepaxis der Apotheker**
- **Leistungsversprechen des Gesetzgebers**
- **Zuzahlungsentlastung für chronisch Kranke**

Strategie der Ärzte in der Praxis

- Dokumentation, Dokumentation, Dokumentation
- Praxisbesonderheiten (anerkannt, nicht anerkannt)
- Bemühen um Frühinformation
- Aktuelle Arzneidatenbank
- Prüfung der Krankenhausentlassungsbriefe
- Hausärzte: Prüfung der FA-Briefe
 - Beispiele Clopidogrel, PPI

Aber auch:

- Qualität und Innovation in der Praxis behalten
= Kompetenz erhalten!

Die Verbesserung der Rahmenbedingungen erleichtert die Steuerungsfunktion von Arzt und Patient!

Ärzte benötigen neue praxistaugliche Informationen, die

- die medizinisch-therapeutische Qualität von Arzneimitteln darstellen
- die eine Kosten-Nutzen-Bewertung beinhalten

Patienten benötigen neue Informationen,

- Die laienverständliche Beratung über Arzneimittel beinhalten
- die ihren verantwortungsvollen Umgang mit Arzneimitteln fördern

Transparenz und qualitätsgesicherte
Informationen müssen im Mittelpunkt
einer neuen Arzneimittelpolitik stehen!

Notwendigkeit neuer Instrumente der Informationen I

Welche Informationen stehen dem Arzt zur Verfügung?

- Broschüren, Referentenbesuche, Kongresse der pharmazeutischen Unternehmen
- Publikationen der wissenschaftlichen Fachgesellschaften
- Arzneimittelinformationen der KBV: „Wirkstoff aktuell“
- Arzneimittelinformationen der Gemeinsamen Selbstverwaltung

Notwendigkeit neuer Instrumente der Informationen II

Diese Informationen sind unzureichend, weil

- natürlicherweise Interesse geleitet (Pharma-Industrie)
- rechtlich angreifbar (Publikationen der Gemeinsamen Selbstverwaltung)
- in der täglichen Praxis kaum zu handhaben (Fülle und Aufbereitung der Informationen)

Deshalb müssen neue Instrumente und Wege der Arzneimittel-Information für Ärzte gefunden werden

- Weiterentwicklung der unabhängigen Informationen durch die Gemeinsame Selbstverwaltung
- arzt-individuelle Pharmakotherapieberatung durch Krankenkassen und Ärzte in Einzelfällen
- Qualitätszirkel fördern
- Integration von Arzneimittelinformationen in die Arztpraxissoftware

Wie kann eine Umsetzung erfolgen?

Beispiel: **Arztpraxissoftware**

- In Gesprächen mit entsprechenden Anbietern werden die „Knackpunkte“ diskutiert,
- Lösungsansätze erarbeitet, z.B.
 - Trennung von Information und Werbung
 - Wahrung der Interessen des Anbieters und Nutzers
 - Optimierungen vorgenommen

Ergebnis:

- ➔ praktikable und akzeptable Lösungen
- ➔ Chance der kontinuierlichen Weiterentwicklung

Panik ist ein schlechter Ratgeber



Kostenexplosion bei Arzneimitteln bleibt aus.

Quelle: DAZ