

Willkürliche Absenkung von Arzneimittel-Richtgrößen führt zu Rationierung

Dr. Erich Schröder
07/2005

Über viele Jahre erfolgte die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Arzneimittelverordnungen auf der Basis des Fachgruppendurchschnitts (FGD). Wurde dieser vom Arzt überschritten, galt das als Indiz für eine möglicherweise unwirtschaftliche Behandlungsweise. Ab einem bestimmten Schwellenwert, z.B. 25%, fungierte die Überschreitung als Aufgreifkriterium für die Einleitung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung. Dort sollte dann der Verdacht auf Unwirtschaftlichkeit anhand konkreter Beispiele bestätigt oder widerlegt werden.

Diese Vorgehensweise basierte auf der Grundannahme, dass alle Ärzte im Durchschnitt medizinisch sinnvoll und auch wirtschaftlich handeln. Dann würde der FGD, also das durchschnittliche Ordnungsverhalten der jeweiligen Fachgruppe den gesetzlich vorgegebenen Kriterien „ausreichend“, „zweckmäßig“, „wirtschaftlich“ und „das Maß des Notwendigen nicht übersteigend“ entsprechen. Diese - nie tatsächlich bewiesene - Hypothese war Grundlage einer umfangreichen Sozialrechtsprechung zum Thema Wirtschaftlichkeitsprüfung. Zugleich definierte die Rechtsprechung den Begriff „offensichtliches Missverhältnis“ bei einer Überschreitung des FGD von 40..50%. Bei Vorliegen des offensichtlichen Missverhältnisses erhält die FGD-Überschreitung Beweiskraft bezüglich der Unwirtschaftlichkeit, sofern nicht der Arzt den Gegenbeweis der Wirtschaftlichkeit führen kann. Die Beweislast geht damit also vom Prüfgremium auf den Arzt über.

Mit dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz wurde zum 1.1.1999 der FGD als Bewertungsgrundlage durch die Arzneimittel-Richtgröße (ARG) ersetzt. Der Grund dafür ist wohl in dem Wunsch nach mehr Steuerungsmöglichkeiten zu sehen: Während der FGD letztlich von den Verordnern selbst gestaltet wird, ist die ARG eine von außen zu setzende Bewertungsgröße.

Mit dem Ziel Einsparungen zu erreichen, wurden die ARG in der Folge deutlich unterhalb des letzten FGD angesetzt, die Differenz beträgt heute in Einzelfällen bis zu 50%. Der früheren Logik der Sozialrechtsprechung folgend wäre daraus abzuleiten, dass eine Versorgung, die sich an heutigen, deutlich niedrigeren AMR orientiert, nicht mehr den Kriterien „ausreichend“ und „zweckmäßig“ genügen kann. Die heutigen ARG würden demnach den Arzt zu einer Rationierung veranlassen, die die Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes im § 12 SGB V unterschreitet.

Natürlich bezieht sich dieser Rationierungseffekt nicht auf die einzelne Verordnung für den individuellen Patienten. Hier kann der Arzt im Rahmen der Kriterien des Wirtschaftlichkeitsgebotes unbegrenzt verordnen. Er wird dann aber schnell auch mit seinen Gesamtverordnungen die ARG überschreiten und in die Prüfung gelangen. Erschwerend kommt in der Richtgrößenprüfung hinzu, dass die Beweislast schon bei einer Überschreitung der ARG von 25% auf den Arzt übergeht.

Absenkungen der ARG bei gleich bleibenden Anforderungen der Kriterien des § 12 SGB V haben zur Folge, dass der Arzt, der die Kriterien sorgfältig beachtet,

zunehmend Gefahr läuft, in der Wirtschaftlichkeitsprüfung seinerseits den Beweis der Wirtschaftlichkeit führen zu müssen. Dabei ist diese Beweisführung, wenn nicht offensichtliche Praxisbesonderheiten vorliegen, sehr schwierig. Somit droht auch (oder gerade) dem Arzt ein Regress, der sich bei seinen Verordnungen strikt an den Kriterien des SGB V orientiert.

Die willkürliche Absenkung der ARG mit dem Absicht, bestimmte Einsparziele zu erreichen, veranlasst also den Arzt, in der Summe seiner Verordnungen die Versorgung auf ein Niveau unterhalb der geforderten „*Notwendigkeit*“ oder „*Zweckmäßigkeit*“ zu vermindern. Dafür fehlt ihm wiederum eine solide Rechtsgrundlage. Im Gegenteil kann eine ohne ausdrückliche Zustimmung des Patienten unterlassene oder reduzierte Arzneimitteltherapie – analog einem ärztlichen Eingriff - als Körperverletzung gewertet werden. Diese könnte ggf. eine Schadenersatzforderung des Patienten nach sich ziehen.

Auch eine Begrenzung des Patientenzugangs zu seiner Praxis hilft dem Arzt nicht aus diesem Dilemma hinaus. Würde diese ohne eine (unzulässige!) Selektion erfolgen, dann würde sie auch das Problem nicht lösen, da die ARG ein Durchschnittswert pro Patient ist. Etwas überspitzt formuliert bewegt sich der Entscheidungsspielraum des Arztes bei weiteren ARG-Absenkungen also zwischen Schadenersatzforderungen der Kasse einerseits oder solchen des Patienten andererseits.

Die gesetzliche Grundlage der Festsetzung von Arzneimittel-Richtgrößen bedarf daher dringend einer Änderung! Die de facto bestehende Möglichkeit der GKV-Verbände, jede Absenkung der ARG mit Hinweis auf ihre desolante Kassenlage durchzusetzen, ist ein Diktat zu Lasten Dritter, das so nicht hinnehmbar ist! Es kann nicht sein, dass Kassen mit dem vollen Leistungsumfang werben, gleichzeitig aber Rationierungen veranlassen, die sie nicht zu begründen und nicht zu tragen haben. Es kann ebenso nicht sein, dass die Kassen ihre Defizite durch zwar formal mögliche aber sachlich unberechtigte Regresse decken. Wenn die Kassenlage eine Vollversorgung nicht mehr zulässt, dann muss eben jede Krankenkasse im Rahmen des Wettbewerbs ihre Prioritäten setzen und diese auch vertreten. Der Bürger hat dann die Wahl, welche Prioritäten ihm wichtiger sind.