

- Ein verpflichtendes Primärarztmodell wird abgelehnt.
- Das Prüfverfahren wird gestrafft und auf höchstens 2 Jahre nach dem Ordnungsquartal begrenzt.
- Die Transparenz über Inhalte von Integrationsverträgen soll verbessert werden; Kassen müssen plausibel darlegen, warum sie Mittel einbehalten haben.
- Prävention wird zur eigenständigen Säule ausgebaut.
- Gesetzliche Vorgaben zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten werden vereinfacht.

Darüber hinaus sieht das Eckpunktetpapier eine Reihe von Einzelmaßnahmen vor, die sich mit Forderungen der Ärzteschaft decken:

- Rückgabe nicht verbrauchter Arzneimittel in Gemeinschaftseinrichtungen;
- bessere Vergütung der Palliativversorgung/ unbürokratische Abrechnungsmodalitäten;
- kein Einsatz des Medizinischen Dienstes zur Einzelfallsteuerung;
- Stärkung von Eigenverantwortung bei selbstverschuldeter Behandlungsbedürftigkeit (z.B. nach Schönheitsoperationen, Piercings und Tätowierungen).

Kritische Punkte

Die politischen Intentionen zur Einführung der Euro-Gebührenordnung für Vertragsärzte sind kritisch zu hinterfragen. Denn mit der Euro-Gebührenordnung wird dem Vertragsarzt nicht nur eine Leistungsvergütung in festen Preisen in Aussicht gestellt, diese Vertragsgebührenordnung soll offensichtlich auch die Amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ersetzen.

Wörtlich heißt es: „Ziel muss aber schon jetzt sein, für vergleichbare Leistungen in GKV und PKV ein Leistungsverzeichnis mit vergleichbaren Vergütungen zu schaffen, das inhaltsgleich auch Grundlage der privatärztlichen Gebührenordnung ist.“

Selbst wenn Steigerungssätze innerhalb des privatärztlichen Gebüh-

renrahmens vorerst noch möglich bleiben, so wäre damit doch der GOÄ als Gebührentaxe eines freien Berufes und damit auch der privaten Krankenversicherung als Vollversicherung die Grundlage entzogen, zumal auch von einem PKV-Basistarif mit Leistungsumfang der GKV die Rede ist.

Für die PKV könnte sich auch die von der Koalition geforderte Portabilität der individuellen Altersrückstellungen beim Wechsel zwischen den Systemen – die GKV hat dafür keine Mittel – als ausgesprochen geschäftsschädigend erweisen. Unklar ist auch, woher die Mittel für die Altersrückstellungen innerhalb des neuen PKV-Basistarifs kommen sollen. Offensichtlich setzt die Koalition darauf, dass dafür Mittel aus den bestehenden Rückstellungen generiert werden – was letztlich einer Enteignung der PKV-Versicherten gleichkäme. Gleichzeitig wurde ein Wechsel von der GKV zur PKV erheblich erschwert: Er soll künftig erst möglich sein, wenn die Jahresarbeitsentgeltgrenze (heute: 47.250 Euro) in drei aufeinander folgenden Jahren überschritten wird.

Offene Fragen

In einer Reihe von Punkten sind die „Eckpunkte“ interpretationsbedürftig. Erst die gesetzliche Ausgestaltung der genannten Zielvorgaben wird Aufschluss darüber geben, wie die Koalition hier konkret vorgehen wird:

- Den Arzneimittelherstellern wird künftig die Aufbereitung und Nutzung von arzt- oder patientenbezogenen Arzneverordnungsdaten untersagt;
- Bildung eines einheitlichen Spitzenverbandes der GKV für so genannte wettbewerbsneutrale Aufgaben;
- alters- und risikoadjustiertes Zuweisungssystem im Gesundheitsfonds;
- einheitlicher und entbürokratisierter Rahmen für Chronikerprogramme;
- vereinfachter und zielgenauer Risikostrukturausgleich einschließlich der Neugestaltung der Verknüpfung mit den DMPs.

*Bundesärztekammer/
berlin aktuell/RhÄ*

Verschreibungspflicht von Arzneimitteln: Zurück zu mehr Praxisnähe

Die zum 1. Januar 2006 in Kraft getretene Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung hatte überwiegend zu Unverständnis über diesen praxisfernen „Bürokratieaufbau“ geführt (wie in Heft 2/2006, Seite 16 und Heft 5/2006, Seite 8 des Rheinischen Ärzteblattes berichtet). Mit einer „Verordnung zur Änderung der Arzneimittelverschreibungsverordnung“ vom 27.06.2006 sind seit 1. Juli 2006 folgende Änderungen in Kraft getreten:

1. Die Angabe der Darreichungsform eines Arzneimittels ist nicht mehr nötig, wenn das Fertigarzneimittel durch die Bezeichnung eindeutig festgelegt ist.
2. Apotheker können in dringenden Fällen wieder fehlende Angaben ergänzen wie
 - das Datum der Ausfertigung,
 - die Darreichungsform,
 - die Gebrauchsanweisung bei Arzneimitteln, die in der Apotheke hergestellt werden sollen,
 - sowie das Geburtsdatum der Person, für die das Arzneimittel bestimmt ist.
3. In dringenden Fällen kann ein Arzt den Apotheker, insbesondere fernmündlich, über die Verschreibung und deren Inhalt unterrichten, wobei sich der Apotheker über die Identität der verschreibenden Person Gewissheit zu verschaffen hat. Der Arzt muss dem Apotheker in schriftlicher oder elektronischer Form die Verschreibung unverzüglich nachreichen.
4. Für den Eigenbedarf eines Arztes bedarf eine Verschreibung nicht der schriftlichen oder elektronischen Form. Jedoch muss auch hier der Arzt dem Apotheker die Verschreibung in schriftlicher oder elektronischer Form unverzüglich nachreichen.

Anmerkungen: Damit kann ein Arzt wieder durch Vorlage seines Arztausweises verschreibungspflichtige Arzneimittel in der Apotheke erhalten, insbesondere für den Eigenbedarf. Das geforderte unverzügliche Nachreichen der betreffenden Verschreibungen in schriftlicher oder elektronischer Form mag für Erstattungsansprüche gegenüber den Krankenkassen von Relevanz sein, bei einer rein privaten Kostenübernahme ist der Sinn dieses Nachreichens nicht ganz nachvollziehbar.

Die unverändert gültigen Paragraphen der Verschreibungsverordnung vom Dezember 2005 können unter oben genannten Textstellen im Rheinischen Ärzteblatt nachgelesen werden.

Quelle: Pharm. Ztg. 2006; 151: 100-103

Dr. Günter Hopf/ÄkNo