

Sehr geehrte hausärztliche Mitglieder der KV Hamburg!

Das spöttische Lächeln um die Mundwinkeln des einen oder anderen Delegierten in der KV-Vertreterversammlung war nicht zu übersehen gewesen:

Auf Vorschlag des KV-Vorstandes und –Beirates beschloss die VV einstimmig, die Abschaffung des Arzneimittelbudgets und der auf sie gründenden Richtgrößen zu fordern. „Ich kann mir auch wünschen, dass Weihnachten und Ostern zusammenfallen“, wird sich der eine oder andere gedacht haben.

Doch es kam anders: Auf Initiative des KV-Vorstandes aus Hamburg wurde eine Arbeitsgruppe auf Bundesebene eingesetzt und nach einem entsprechenden Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die Hamburger Forderung nun Bundespolitik geworden! Zugegeben – damit ist das Budget noch nicht weg, aber die ersten Schritte auf diesem Weg haben wir unternommen dank des VV-Beschlusses aus Hamburg.

Warum es wichtig ist, diese Forderung unvermindert zu verfolgen, soll dieses KVH-Fakt darstellen. Es ist die zweite Ausgabe dieses neuen, nur für Hausärzte bestimmten Mediums der KV Hamburg. Wir haben für unsere erste Ausgabe ein wenig Kritik und viel Lob bekommen, wofür wir herzlich danken. Wir bitten Sie, uns auch künftig Ihre Wünsche und Erwartungen mitzuteilen.

Unnötige politische Wellen hat die Bitte des KV-Vorstandes ausgelöst, die KV zum Abschluss von „Hausarztverträgen“ nach § 73 b SGB V zu beauftragen. Uns wurde unterstellt, wir wollten die Ver-

einbarung mit den Hausarztverbänden, die ein gemeinsames Vorgehen vorsieht, aufkündigen. Aber das glatte Gegenteil ist der Fall.

Wir haben mit den Hausarztverbänden einen bundesweit vorbildlichen Vertrag mit der AOK zum Abschluss gebracht und sind dabei, ihn mit weiteren Krankenkassen zu vereinbaren. Hierbei war die Unterstützung der Verbände vor allem in Gestalt von Herrn Dr. Tiedgen und Herrn Klemperer – die unsere Verhandlungen begleitet haben – sehr hilfreich, konnten doch Vereinbarungen erzielt werden, die über das nordrheinische Vorbild hinausgingen.

Ein kniffliger Punkt ist aber noch zu überwinden: Die Akkreditierung durch die Aufsicht, die durch (wieder mal) recht ungenaue gesetzliche Formulierungen Probleme machen könnte. Gute Erfahrungen haben die Krankenkassen in anderen KVen durch eine „doppelte Beauftragung“ gemacht: Sowohl die Verbände als auch die KV lassen sich bestätigen, dass sie im Auftrag ihrer Hausärzte handeln. Um diese „doppelte Naht“ ist die KV Hamburg mehrfach von den Krankenkassen gebeten worden – wir hatten diese Bitte an Sie weitergegeben und wiederholen Sie an dieser Stelle noch einmal. Sollten Sie uns noch nicht beauftragt haben, bitten wir Sie um Unterzeichnung und Rücksendung des beiliegenden Formulars. Damit gute Verträge nicht an bürokratischen Nebensächlichkeiten scheitern.

Ihr KV-Vorstand

Dieter Bollmann und Walter Plassmann

Das Budget muss weg!

Politik und Krankenkassen zerschießen sich die eigenen Instrumente

Der prominenteste Zeuge kommt aus einer der größten Ersatzkrankenkassen Deutschlands. „Die Richtgröße ist tot“, urteilte Herbert Rebscher, Vorsitzender der DAK, schon zu einem Zeitpunkt, als die Rabattregelungen gerade mal ins Gesetz gekommen waren. Die Entwicklung seither hat ihm Recht gegeben: Die Sondervereinbarungen von Krankenkassen und Pharmafirmen haben eine derart große Intransparenz geschaffen, dass an eine Steuerung durch Ärzte und KV gar nicht mehr zu denken ist. Aber die Richtgröße ist nicht nur aus diesem Grund tot, sie geht auch an den eigentlichen Kostenproblemen gerade in Hamburg völlig vorbei. Es ist deshalb jetzt eine gute Gelegenheit, die gesamte Systematik vom Kopf auf die Füße zu stellen.

Geteilte Verantwortung – keine Verantwortung

Mit immer neuen Maßnahmen hat der Gesetzgeber in den vergangenen Jahren die Verantwortung für die Kosten der Arzneimittel auf immer mehr Beteiligte verteilt:

1999: Das „Gesetz zur Stärkung der Solidarität im Gesundheitswesen“ (welch ein Euphemismus!) institutionalisierte das Arzneimittelbudget und versah es mit der Möglichkeit der „Globalhaftung“, wodurch im Zweifel auch unbeteiligte KV-Mitglieder für Arzneimittelkosten haften müssen. Die „Stärkung der Solidarität“ bestand im übrigen vor allem darin, dass Kranke sich stärker an den Kosten der Arzneimittel beteiligen mussten.

2002: Das „Arzneimittelbudget-Ablösungsgesetz“ (das in Wahrheit lediglich den Namen „Budget“ durch den Ausdruck „Ausgabenobergrenze“ ersetzte) konzentrierte die Verantwortung wieder beim Arzt, unter anderem durch die Möglichkeit, „Zielvereinbarungen“ zu treffen.

2002: Im selben Jahr griff der Gesetzgeber in die zwischen Herstellern, Großhandel und Apotheken vereinbarten Preisspannen ein und verbreiterte die Anwendung der „aut idem“-

Regelung. Außerdem kaufte sich die Pharmaindustrie durch einen Millionenbetrag von strikteren Maßnahmen frei.

2003: Im „Gesetz zur Sicherung der Beitragssätze“ wurden die Rabattsätze verändert, die die Apotheken den Kassen zu gewähren hatten; außerdem erließ der Gesetzgeber ein Preis moratorium für die Pharmaindustrie.

2004: Zum dritten Mal innerhalb von zwei Jahren änderte der Gesetzgeber den Mechanismus der Preisbildung von Industrie über Großhandel bis zum Apotheker. Darüber hinaus wurde die Zahl der Präparate, für die der Patient allein aufzukommen hat, erweitert und auch patentgeschützte Medikamente in das Festbetragssystem aufgenommen.

2006: Mit der Einführung von Rabattvereinbarungen zwischen Kassen und Pharmaindustrie und einer Vielzahl weiterer Restriktionen änderte der Gesetzgeber die Struktur der Arzneimittelversorgung grundlegend. Außerdem wurden Bonus-/Malus-Regelungen für Ärzte eingeführt.

2007: Im vorerst letzten Gesetz, das wider aller Inhalte „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen“ hieß, wurde der Abschluss von Rabattvereinbarungen massiv erleichtert. Darüber hinaus legte es die Basis für die stärkere Berücksichtigung von Kosten-Nutzen-Bewertungen und führte ein „Zweitmeinungsverfahren“ bei der Verordnung von Spezialpräparaten ein.

Widersprüchliche Regelungen

Mit dieser Verteilung von Verantwortung auf immer mehr Beteiligte wird Verantwortung verwischt und schlussendlich aufgehoben. An genau diesem Punkt sind wir jetzt angelangt, der Arzt ist eingeklemmt in sich widersprechende Vorgaben:

- Der Arzt ist verpflichtet, im Rahmen seiner medizinischen Verantwortung das preisgünstigste Präparat zu verordnen. Diese Entscheidung kann er aber gar nicht mehr treffen, da er die Rabatt-Verein-

barungen nicht kennt. Die Kasse wird diese Vereinbarung auch nicht öffentlich machen, weil damit Geschäftsgeheimnisse der Pharmafirmen offengelegt würde – was diese sich verbitten.

- Der Arzt ist gehalten, nach Möglichkeit ein Rabatt-Präparat zu verordnen. Überlässt er dem Apotheker die Auswahl, muss dieser sogar das rabattierte Medikament abgeben.
- Mittlerweile hat sich herausgestellt, dass viele Rabattpreise aber offenbar über den Preisen entsprechender Generika liegen. Ohne es zu wissen, ja ohne es wissen zu können, steigert der Arzt also die Arzneikosten.
- In den Verfahren bei Überschreiten einer Richtgröße könnte der Arzt sich zwar darauf berufen, dass er die tatsächlichen Kosten seiner Verordnungen durch dieses Durcheinander gar nicht mehr überblicken konnte, ob ihm dies viel helfen wird, ist aber noch nicht ausgemacht, denn die Krankenkassen werden sich weigern, die Details ihrer Rabattverträge offenzulegen.

Aus diesem Teufelskreis wird sich ein Arzt nur mit juristischer Hilfe befreien können. Zwar stehen seine Chancen hierfür nicht schlecht, aber der Ärger ist programmiert – und dieser ist um so verständlicher, wenn man sich vergegenwärtigt, dass die Richtgrößen ein Problem lösen sollen, das es gar nicht mehr gibt.

Grundversorgung im grünen Bereich

Richtgrößen zielen auf das „Massengeschäft“ der Verordnung, auf Präparate, die in einem Markt angeboten werden, in dem es viel Wettbewerb, also viel Nachahmerpräparate gibt. Seit zwei Jahren wissen wir in Hamburg nun durch eine Studie des IGES-Institutes, dass genau dieses Marktsegment in der Hansestadt keinerlei finanzielle Probleme verursacht.

Die Wissenschaftler aus Berlin analysierten die Ausgabendaten der Arzneimittel erstmals regional und strukturell. Sie verglichen nicht nur die Gesamtausgaben – der bis dato einzige Vergleichsparameter –, sondern sie schauten sich die Teilmärkte „Grundversorgung“ und „Spezialversorgung“

genauer an. Und siehe da: Während in der Statistik der Gesamtausgaben die KV Hamburg ihren traditionellen Spitzenplatz einnimmt, rutscht sie bei der Betrachtung der „Grundversorgung“ auf den drittletzten Platz ab! Anders ausgedrückt: Gerade dort, wo Richtgrößen ansetzen, gibt es in Hamburg keinerlei Grund, in Sack und Asche zu gehen.

Ärztinnen und Ärzte zeigen gerade in diesem Segment ein außerordentlich hohes Kostenbewusstsein.

Kostentreiber Spezialpräparate

Die Gesamtausgaben werden in Hamburg wesentlich durch die Spezialpräparate beeinflusst – was auch kein Wunder ist angesichts der großen Zahl spezialisierter Facharztpraxen, die Patienten aus einem Einzugsbereich von drei bis vier Millionen Einwohnern versorgen müssen. Dies hat die KV Hamburg schon immer vermutet, die Krankenkassen haben es abgestritten, nun ist es bewiesen. Und damit ist zugleich bewiesen, wie unsinnig Richtgrößenprüfungen in Hamburg sind.

Resolution der Vertreterversammlung

Dies ist der Hintergrund, warum der Vorstand der KV Hamburg, der Beirat und schließlich die Vertreterversammlung beschlossen haben, eine komplette Abschaffung dieser obsolet gewordenen „Steuerungsinstrumente“ zu fordern. Die Verantwortlichkeiten müssen endlich wieder korrekt zugewiesen werden:

- Wenn die Politik Rabattverträge in breitem Umfang zulässt und die Kassen sie auch flächig einsetzen, dann gehört die Preisverantwortung auch genau dort hin. Andere europäische Länder zeigen schon seit vielen Jahren, wie es funktioniert: Kassen und Industrie handeln die Preise aus, die in der GKV gezahlt werden.
- Besondere Vereinbarungen müssen für die Verordnung innovativer – und damit in aller Regel sehr teurer – Medikamente getroffen werden. Die Problematik der Scheininnovationen ist von der Politik und den Krankenkassen zu lösen, nicht von den Ärzten.
- Ärztinnen und Ärzte übernehmen nur noch die Verantwortung, die sie auch wirklich tragen,

nämlich die Verantwortung für die medizinisch korrekte Auswahl des Präparates oder des Wirkstoffes. Für die richtige Verordnungskonsequenz aus der gestellten Diagnose ist jeder Arzt verantwortlich, dies kann ihm niemand abnehmen.

- Die Menge müssen Ärzte und Patienten gemeinsam verantworten – die Ärzte, indem sie die Menge der verordneten Präparate, gerade bei Dauermedikation, überwachen und die Patienten, indem sie über Zuzahlungsregeln zu einem verantwortungsbewussten Umgang mit dem Mitteln angehalten werden.

Mehr ist nicht gerechtfertigt. Wenn dies noch flankiert wird durch die Abschaffung der Sonderregelung für die Abgabe von Medikamenten in den Krankenhäusern, ist das System wieder auf die Füße gestellt. Dann wird Verantwortung auch wirklich wieder wahrgenommen, weil jeder Beteiligte einseht, dass die ihm übertragene Verantwortung auch nur von ihm übernommen werden kann. Das derzeit noch so bequeme Abwälzen der eigenen Verantwortung auf andere (Meister hierin sind die Krankenkassen) wäre nicht mehr möglich.

Bund übernimmt Hamburger Position

Mit einer verblüffend großen Geschwindigkeit ist die Hamburger Position auf der Bundesebene „salonfähig“ geworden. Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verabschiedete im Vorfeld des Deutschen Ärztetages in Ulm einstimmig eine Resolution, die die Hamburger

Resolution teilweise wortgleich übernimmt. Jetzt gilt es, diese Position bei Gesetzgeber und Krankenkassen umzusetzen.

Krankenkassen zögern noch

Die KV Hamburg hat – im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten – damit bereits angefangen. Sie muss mit den Krankenkassen die Arzneimittelvereinbarung auf die neue Arztnummer-Systematik umstellen. Dies soll damit verbunden werden, dass statt der obsolet gewordenen Richtgrößenprüfungen verstärkt auf Einzelfallprüfungen umgesteuert wird. Zwar müssen Richtgrößenprüfungen aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen weiterhin durchgeführt werden, doch sollen sie deutlich reduziert werden. Stattdessen ist es angezeigt, sich auch einmal die Ordnungspraxis im Bereich der Spezialpräparate anzusehen – was dank der neuen Arztnummern auch bei Ärzten möglich ist, die derzeit noch häufig in komplexen Praxiskonstruktionen unterhalb des Radars der groben Praxis-Richtgrößen fliegen.

Die politische Ausgangsbasis ist also gelegt. Jetzt gilt es, den Druck auf die Politik zu erhöhen, damit die gesetzlichen Änderungen durchgeführt werden können. Und es gilt vor Ort, die noch zögerlichen Krankenkassen von dem neuen Weg zu überzeugen. Damit endlich wieder ein Stück Vernunft in das System einzieht.

Vermeiden Sie den Papierkrieg in Ihrer Praxis und fordern Sie die neuesten Informationen der KV Hamburg per eMail an. Einfach an oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de schreiben und schon bekommen Sie von uns die ePost. Weitere Informationen auch unter: www.kvhh.de

Impressum:

Verantwortlich für den Inhalt:
Vorstand der KV Hamburg
Redaktion:
Abteilung Öffentlichkeitsarbeit

Kassenärztliche Vereinigung Hamburg
Humboldtstraße 56
22083 Hamburg
Telefon: 040 / 22 802 - 534
Telefax: 040 / 22 802 - 420
eMail:
oeffentlichkeitsarbeit@kvhh.de
Weitere Informationen finden
Sie auch im Internet