

report bayern

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. (VdAK)

AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband

Dez. 2007

ersatzkassen

Vom Sinn und Unsinn des kollektiven Systemausstiegs Hausärzte wollen Kassenzulassung zurückgeben

Seit Monaten propagieren der Bayerische Hausärzteverband (BHÄV) und der Bund Bayerischer Urologen eG (BBU) das sogenannte „Korbmodell“ zum kollektiven Ausstieg aus dem System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Die Delegierten des 15. Bayerischen Hausärztetages beauftragten am 7. Juli 2007 in Würzburg den Vorstand des BHÄV einstimmig, diesen Ausstieg für die Hausärzte organisatorisch vorzubereiten. Während einer Informationsveranstaltung des BBU am 18. Juli 2007 in Erlangen sollen bereits viele Urologen spontan eine Verzichtserklärung abgegeben haben. Die Hauptursache dafür liegt in der Unzufriedenheit sowohl der Hausärzte als auch der Urologen mit ihrer Vergütungssituation.

Was ist ein Korbmodell?

Verfahrenstechnisch funktioniert das „Korbmodell“ wie folgt: Ein Treuhänder sammelt die Zulassungsverzichtserklärungen der niedergelassenen Vertragsärzte. Nachdem eine vorab vereinbarte Mehrheit der Ärzte (z. B. 70 %) ihre Verzichtserklärungen abgegeben haben, wird der Inhalt des Korbes je nach Vereinbarung entweder sofort den Zulassungsausschüssen übergeben oder es wird nochmals im Rahmen einer Versammlung der Ausstiegswilligen über das weitere Vorgehen entschieden. Ein Vertragsarzt kann seine Verzichtserklärung bis zum letzten Moment ohne Begründung aus dem Korb herausnehmen. Der

In dieser Ausgabe:

- **Vom Sinn und Unsinn des kollektiven Systemausstiegs**
Hausärzte wollen Kassenzulassung zurückgeben
- **Entwurf des Präventionsgesetzes**
Alter Wein in neuen Schläuchen
- **Wirtschaftliche Arzneimittelversorgung**
Wonach der Arzt sich richten kann
- **Christian Bredl wechselt zur Techniker Krankenkasse**

Inhalt des Korbes bleibt bis zur Ausschüttung ohnehin anonym.

Obwohl das „Korbmodell“ mit einem vermeintlichen GKV-Systemausstieg etikettiert wird, ist der vorrangige Zweck dieser Aktion die Durchsetzung der standespolitischen Forderungen. Eine Erpressung wie diese gefährdet die Vertragspartnerschaft zwischen den Ärzten und den Krankenkassen. Die Ersatzkassen werden diesem Erpressungsversuch nicht nachgeben.

Bereits Anfang der 1990er Jahre starteten die Zahnärzte in Bayern eine ähnliche Aktion. Die bayerische Drohung, die gesetzlich versicherten Zahnarztpatienten nicht mehr zu behandeln, wurde damals nicht verwirklicht. Sie bewirkte aber eine eindeutige

Reaktion des Gesetzgebers auf Bundesebene. Eine Reihe von Präventionsmaßnahmen gegen den kollektiven GKV-Systemausstieg wurde beschlossen.

Pflichtverstoß

Das Gesetz sieht zunächst vor, dass es mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar ist, in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verfahren oder Verhalten auf die Zulassung als Vertragsarzt zu verzichten (§ 95 b Abs. 1 SGB V). Der kollektive Verzicht auf die Zulassung stellt damit per se bereits eine Pflichtverletzung des Vertragsarztes dar, die zumindest disziplinarisch zu ahnden ist. Neben der Verwarnung oder dem Verweis sind hierfür auch Geldbußen bis zu 10.000 Euro oder die Anordnung des Ruhens der Zulassung vorgesehen (§ 81 Abs. 5 SGB V).

Wird der GKV-Ausstieg als eine gröbliche Pflichtverletzung gewertet, droht dem Vertragsarzt gar die Entziehung der Zulassung und damit ein Ausschluss von der vertragsärztlichen Tätigkeit für mehrere Jahre (§ 95 Abs. 6 SGB V). Damit ist eine schnelle Rückkehr in das GKV-System nach kollektivem Zulassungsverzicht nicht mehr möglich. Zu beachten ist außerdem, dass es sich bei der Verzichtserklärung um eine einseitig empfangsbedürftige Willenserklärung handelt, die – einmal beim Zulassungsausschuss abgegeben – nicht mehr zurückgenommen werden kann.

Keine Behandlungsbefugnis

Der Ausstieg aus dem GKV-System bedeutet den Verlust der Befugnis, gesetzlich Versicherte zu behandeln. Das hat das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 27. Juni 2007 (Az.: B 6 KA 37/06 R u.a.) eindeutig festgestellt. Danach dürfen Ärzte nach einem kollektivem Zulassungsverzicht grundsätzlich nicht mehr an der Versorgung der Versicherten mitwirken. Nur wenn die Krankenkassen

die Versorgung mit unaufschiebbaren Leistungen im konkreten Fall anderweitig nicht mehr rechtzeitig sicherstellen können (sogenanntes „Systemversagen“), müssen sie die Kosten auch für außerhalb des Systems erbrachte Leistungen übernehmen.

Kein Vergütungsanspruch gegen den Versicherten

Lässt sich ein Versicherter von einem kollektiv ausgestiegenen Arzt/Zahnarzt behandeln, nachdem die Krankenkasse das vorgenannte Systemversagen festgestellt hat, übernimmt diese Krankenkasse die Bezahlung der Behandlung. Der Honoraranspruch ist dabei auf das 1,0-fache des Gebührensatzes der jeweiligen Gebührenordnung (GOÄ bzw. GOZ) beschränkt. Vom Versicherten darf der Arzt/Zahnarzt kein Geld dafür verlangen. Das ist eine unmittelbare Konsequenz aus dem kollektivem Zulassungsverzicht (§ 95 b Abs. 3 SGB V).

Keine Kostenerstattung

Laut Gesetz hat der gesetzlich Versicherte das Recht, sich auf Privatrechnung behandeln zu lassen, die dann bei der Krankenkasse zur Kostenerstattung eingereicht wird (§ 13 Abs. 2 Satz 1 bis 5 SGB V). Die Kostenerstattung gilt aber nicht für die Leistungen der Ärzte, die auf ihre Zulassung kollektiv verzichtet haben (§ 13 Abs. 2 Satz 8 SGB V). In aller Regel wird der Verzicht erst mit dem Ende des auf den Zugang der Verzichtserklärung folgenden Kalenderquartals wirksam (§ 28 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte). Die Kostenerstattung wäre daher nur in der knappen Zeit zwischen der Abgabe der Verzichtserklärung und ihrem Wirksamwerden denkbar.

Für den Versicherten kann die Kostenerstattung bei einem aussteigenden Arzt teuer werden. Denn die Wahl der Kostenerstattung umschließt den gesamten Bereich der ärztlichen Versorgung und nicht nur die Behand-

DER KOMMENTAR



Christian Bredl,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
in Bayern

Das Klimpern gehört zum Beruf

Das Treiben der Funktionäre des Bayerischen Hausärzterverbandes zeigt, wie wenig Verantwortung sie gegenüber den eigenen Mitgliedern – geschweige denn gegenüber den Patienten – haben. Auch gegenüber den Krankenkassen ist das Verhalten der Agitatoren des „Korbmodells“ eines Vertragspartners nicht würdig.

Angesichts der dargestellten Rechtslage gehen die Ersatzkassen davon aus, dass es zu dem angedrohten Systemausstieg nicht kommen wird. Zu groß sind die Risiken für die einzelnen Ärzte. Sie können mit diesem oder jenem im System der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht zufrieden sein. Eines aber können sie nicht verneinen: Dieses System sichert rund 22.000 niedergelassenen Vertragsärzten in Bayern eine sehr solide Existenzgrundlage.

Der gesunde Menschenverstand wird wohl die Ärzteschaft von dem fatalen Schritt abhalten. Wie man in Bayern sagt: Man schlachtet nicht die Kuh, die die meiste Milch bringt.



GKV-Ausstieg der Hausärzte:
Für die Patienten wird es teuer

lung beim verzichtenden Arzt. Außerdem ist der Versicherte mindestens ein Jahr an seine Wahl gebunden, mithin sehr viel länger, als er den verzichtenden Arzt im Rahmen der Kostenerstattung

noch in Anspruch nehmen kann. Das macht die Kostenerstattung wenig attraktiv für den Versicherten.

Keine Teilnahme an Verträgen der Krankenkassen

Der aussteigende Arzt beschränkt seinen Tätigkeitsbereich drastisch. Denn mit dem Ende seiner Zulassung und dem Ausscheiden aus der vertragsärztlichen Versorgung endet zugleich die Berechtigung zur Teilnahme an allen gesondert abgeschlossenen Strukturverträgen wie z. B. den Verträgen über die strukturierte Behandlung chronisch Kranker. Auch besteht für die ausgeschiedenen Ärzte keine Möglichkeit mehr, sich an den Verträgen zur Integrierten Versorgung (§ 140 b Abs. 1 SGB V), über die hausarztzentrierte Versorgung (§ 73 b SGB V), über die besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73 c SGB V) sowie von Modellvorhaben (§§ 63 ff SGB V) zu beteiligen.

Übergang des Sicherstellungsauftrages

Wenn in einem Zulassungsbezirk oder einem regionalen Planungsbereich mehr als 50 % aller niedergelassenen Vertragsärzte kollektiv auf ihre Zulassung verzichtet haben und die Aufsichtsbehörde nach Anhörung der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigung festgestellt hat, dass dadurch die ärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, erhalten die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag (§ 72 a Abs. 1 SGB V). Für die übrigen Ärzte bzw. die übrigen Planungsbereiche obliegt die Sicherstellung weiterhin der Kassenärztlichen Vereinigung. Ein kollektiver Zulassungsverzicht im Rahmen eines „Korbmodells“ würde die Voraussetzungen für einen Übergang des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen erfüllen. So geschah es bereits in Niedersachsen. Zum 1. Juli 2004 übernahmen die Krankenkassen dort den Sicherstellungsauftrag für die kieferorthopädische Versorgung in drei Zulassungsbereichen.

Direktverträge mit vertragsbereiten Leistungserbringern

Um die medizinische Versorgung in solch einem Fall sicherzustellen, werden die Krankenkassen

gemeinsam und einheitlich Einzel- oder Gruppenverträge mit Ärzten, Zahnärzten, Krankenhäusern oder sonstigen geeigneten Einrichtungen schließen (§ 72 a Abs. 3 SGB V). Bei Bedarf können sogar mit ausländischen Leistungserbringern Verträge geschlossen werden (§ 72 a Abs. 5 SGB V). Ärzte, die auf ihre Zulassung kollektiv verzichtet haben, sind jedoch von dieser Möglichkeit ausdrücklich ausgeschlossen (§ 72 a Abs. 3 Satz 3 SGB V).

Sperre für sechs Jahre

Im Falle des kollektiven Zulassungsverzichts und der darauf folgenden Feststellung der Aufsichtsbehörde, dass die ärztliche Versorgung nicht gesichert ist, ergibt sich eine weitere Sanktion gegen die ausgestiegenen Ärzte. Eine erneute Kassenzulassung darf frühestens nach Ablauf von sechs Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung erteilt werden (§ 95 b Abs. 2 SGB V).

Sollte bei den Betreibern des „Korbmodells“ die Verunft versagen und die Kassenzulassungen in der Tat zurückgegeben werden, würde der Ernstfall für sie eintreten. Vorsorglich haben sich die Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Bayern (Arge) und die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) auf einen gemeinsamen Maßnahmenkatalog verständigt. Die zuständige Rechtsaufsichtsbehörde (das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen) hat ihre Zustimmung zu den vorgesehenen Maßnahmen signalisiert.

Die ersten Schritte gegen die Aussteiger

Die Zulassungsausschüsse werden die KVB, die Krankenkassenverbände und die Aufsichtsbehörde nach Erhalt der Verzichtserklärungen unter Nennung der verzichtenden Ärzte und der jeweiligen Eingangsdaten umgehend informieren.

Die KVB wird das Arztverzeichnis kurzfristig aktualisieren und dieses den Krankenkassenverbänden zur Verfügung stellen. Die Krankenkassen werden ihre Versicherten über Folgendes informieren: (1) die betroffenen Ärzte dürfen ab Wirksamwerden des Verzichts nicht mehr in Anspruch genommen werden, (2) bei diesen Ärzten soll nichts unterschrieben werden und (3) auf keinen Fall dürfen etwaige Rechnungen bezahlt werden, da eine Erstattung dieser Kosten durch die Krankenkasse rechtlich nicht möglich ist.

Die KVB wird Disziplinarmaßnahmen gegen die ausgestiegenen Ärzte einleiten. Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen wird einberufen, um die bestehenden Zulassungssperren in betroffenen Gebieten umgehend aufzuheben. Die frei gewordenen Vertragsarztsitze werden sofort durch die KVB ausgeschrieben.

Die KVB wird potenzielle Leistungserbringer (Krankenhäuser, medizinische Versorgungszentren, Vertragsärzte, ggf. ausländische Ärzte etc.) mit dem Ziel einer Ermächtigung, der weiteren Anstellung von Ärzten oder der Errichtung weiterer Praxissitze kontaktieren. Im Falle des Übergangs des Sicherstellungsauftrages auf die Krankenkassen werden diese den Kontakt zu potenziellen Leistungserbringern aufnehmen mit dem Ziel, Einzel- oder Gruppenverträge abzuschließen.

Die Krankenkassen werden die eingehenden Rechnungen von Ärzten, die auf ihre Zulassung kollektiv verzichtet haben, darauf prüfen, ob das oben geschilderte „Systemversagen“ im Sinne des BSG-Urteils vom 27. Juni 2007 vorliegt. Wenn kein „Systemversagen“ festgestellt werden kann, besteht beim ausgestiegenen Arzt auch kein Honoraranspruch gegenüber der Krankenkasse.

Entwurf des Präventionsgesetzes

Alter Wein in neuen Schläuchen

Prävention steht erneut ganz oben auf der politischen Tagesordnung. Nach dem Scheitern des Präventionsgesetzes im Jahr 2005 unternimmt die Bundesregierung einen zweiten Anlauf. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) legte Ende November einen Entwurf des Präventionsgesetzes vor. Zugespißt gesagt: Das BMG hat aus dem Scheitern des Präventionsgesetzes 2005 wenig gelernt, denn der vorliegende Entwurf greift seine wesentlichen Elemente wieder auf.

Es ist nach wie vor eine Institution auf Bundesebene vorgesehen, die für die Belange der Prävention zuständig sein soll. Sie heißt nicht mehr Stiftung Prävention wie 2005, sondern Nationaler Präventionsrat, was ohne Zweifel zu Verwechslungen und Verwirrungen führen könnte, denn die CDU/CSU-Fraktion im Bundestag plädiert auch für die Schaffung eines Nationalen Rates für Prävention. Nur beim näheren Betrachten werden die Unterschiede zwischen den beiden Konzepten deutlich.

Nationaler Präventionsrat des BMG

Das BMG möchte den Nationalen Präventionsrat in Trägerschaft der Sozialversicherungszweige – Gesetzliche Kranken-, Unfall-, Renten- und Pflegeversicherung – sowie der Privaten Krankenversicherung gründen. Während in den am 11. September 2007 veröffentlichten Eckpunkten zum Präventionsgesetz die Arbeitslosenversicherung auch als Präventionsträger genannt wurde, wird sie im Gesetzentwurf nicht mehr erwähnt.

Zu den Aufgaben des Nationalen Präventionsrates gehören die Formulierung von vorrangigen Präventionszielen und Teilzielen sowie die Bestimmung von Qualitätsanforderungen. Die Festlegungen des Nationalen Präventionsrates sind für die Anbieter der Präventionsmaßnahmen verpflichtend. Eine weitere Aufgabe stellt die Durchführung von bundesweiten Aufklärungskampagnen dar. Darüber hinaus soll der Nationale Präventionsrat Modellprojekte durchführen.

In jedem Bundesland soll ein Präventionsrat Land als Arbeitsgemeinschaft der Präventionsträger gebildet werden. Die Präventionsräte Land sollen in Kooperation mit den zuständigen Stellen im jeweiligen Bundesland Präventionsprojekte und -maßnahmen in den sogenannten Lebenswelten bewilligen. Unter den Lebenswelten versteht man abgeschlossene soziale Systeme des Wohnens, Arbeitens, Lernens, Studierens und Freizeitgestaltung einschließlich des Sports und Spielens.

Nationaler Rat für Prävention der CDU/CSU-Bundestagsfraktion

In ihren Eckpunkten zum Präventionsgesetz vom 21. September 2007 plädiert die CDU/CSU-Bundestagsfraktion für ein schlankes und unbürokratisches Präventionsgesetz, das vorhandene Ressourcen vernetzt und möglichst ohne den unnötigen Aufbau neuer Institutionen auskommt. Die CDU/CSU-Fraktion im Bundestag schlägt die Bildung eines Nationalen Rates für Prävention vor, der entweder beim Robert-Koch-Institut oder bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelt werden soll. Er soll eine Plattform sein, auf der sich alle Präventionsakteure (Bund, Länder, Kommunen, Sozialversicherungsträger etc.) über die Ziele, die Durchführung und die Koordination der Präventionsmaßnahmen verständigen.

Bereits vorhandene sinnvolle und bewährte Präventionsmaßnahmen der Sozialversicherungsträger will die CDU/CSU-Bundestagsfraktion stärken und weiterentwickeln. Zur Koordination von Präventionsmaßnahmen auf Landesebene sollen die etablierten Landesarbeitsgemeinschaften Prävention weiter gestärkt werden.

Offensichtliche Umetikettierung

Der vom BMG geplante Nationale Präventionsrat unterscheidet sich von der 2005 vorgeschlagenen Stiftung Prävention minimal. Der Nationale Präventions-

rat soll nunmehr von den Sozialversicherungszweigen getragen werden. Dies mindert jedoch nicht die grundsätzliche Kritik der Ersatzkassen an dieser Institution als solche: Damit wird eine neue überflüssige bürokratische Struktur geschaffen, deren Aufgaben größtenteils bereits jetzt von den heutigen Spitzenverbänden der Krankenkassen und zukünftig vom Spitzenverband Bund der Krankenkassen wahrgenommen werden. Die durch den Nationalen Präventionsrat durchzuführenden bevölkerungsweiten Aufklärungskampagnen würden einer Zweckentfremdung von Beitragsmitteln der Krankenkassen gleichkommen. Auch die Gründung der Präventionsräte Land ist völlig überflüssig, weil diese nichts anderes als eine Doppelstruktur zu den bereits vorhandenen darstellt.

Der Gesetzentwurf des BMG sieht folgende Finanzierungsregelung der Präventionsmaßnahmen in Lebenswelten und des Nationalen Präventionsrates vor. Pro Versicherten sollen 2009 die gesetzlichen Krankenkassen 1,65 Euro, die sozialen Pflegekassen 0,16 Euro, die Rentenversicherung 0,85 Euro und die Unfallversicherung 0,29 Euro dafür ausgeben. Es ergibt sich die Gesamtsumme von ca. 193 Mio. Euro. Die Private Krankenversicherung soll mit einer Sonderabgabe, deren Höhe noch nicht bekannt ist, beteiligt werden. Die Finanzmittel sollen den Präventionsräten Land zur Verfügung gestellt werden. Diese würden mindestens 5 % der Summe an den Nationalen Präventionsrat abführen.

Gesamtgesellschaftlicher Ansatz fehlt

Die Ersatzkassen vermissen im Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums den gesamtgesellschaftlichen Ansatz. Die Lasttragenden der Prävention sollen die Sozialversicherungsträger (ohne Arbeitslosenversicherung) sein. Als Fortschritt ist lediglich die geplante Einbeziehung der Privaten Krankenversicherung anzusehen. Die Realisierbarkeit dieses Vorhabens ist allerdings noch nicht garantiert.

Der Gesetzentwurf sieht keine feste Verankerung des zusätzlichen Finanzbeitrags von Bund, Ländern und Kommunen für die Prävention vor. Das ist inakzeptabel, wenn staatliche Institutionen in den Präventionsräten auf Bundes- und Landesebene über die Verwendung des Geldes entscheiden, das ihnen nicht gehört, ohne dabei einen eigenen finanziellen Beitrag geleistet zu haben.

Die zukünftigen Präventionsausgaben der Gesetzlichen Krankenversicherung sollen sich laut Gesetzentwurf auf 250 Mio. Euro pro Jahr belaufen (3,57 Euro pro Versicherten). Davon sollen 115 Mio. Euro für die Finanzierung von Präventionsprojekten in Lebenswelten und des Nationalen Präventionsrates verwendet werden. Damit stünden der Gesetzlichen

Krankenversicherung 135 Mio. Euro zur Finanzierung individueller Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung zur Verfügung.

Finanzielle Lücke in Millionenhöhe

Die Realität sieht heute so aus: Nach § 20 Abs. 2 SGB V sollten die Krankenkassen für Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung im Jahr 2006 und im Jahr 2007 2,74 Euro pro Versicherten ausgeben. Die tatsächlichen Ausgaben beliefen sich 2006 auf 3,29 Euro pro Versicherten. Insgesamt gab die Gesetzliche Krankenversicherung ca. 232 Mio. Euro für Maßnahmen der Primärprävention und Gesundheitsförderung aus. Davon wurden 188,2 Mio. Euro für individuelle Maßnahmen ausgegeben. Somit klafft zwischen den realen 188,2 und geplanten 135 Mio. Euro eine Lücke von gut 53 Millionen.

Bei diesem Zahlenvergleich bleiben die Ausgaben der Krankenkassen für betriebliche Gesundheitsförderung (derzeit 32,6 Mio. Euro) unbeachtet! Das heißt, die im Gesetzentwurf vorgesehene Finanzierung der Lebensweltenprävention und des Nationalen Präventionsrates würde zu einer erheblichen Einschränkung der individuellen und eventuell betrieblichen Präventions- und Gesundheitsförderungsangebote der Krankenkassen führen.

Außerdem enthält der Gesetzentwurf ein anderes Problem, das die betriebliche Gesundheitsförderung betrifft. Einerseits ist sie eine Pflichtleistung der Krankenkassen, andererseits wird sie im Gesetzentwurf parallel zur Prävention in Lebenswelten dazugerechnet. Nach Auffassung der Ersatzkassen soll auf diese Parallelnominierung verzichtet und der für die Krankenkassen geplante Betrag zur Finanzierung der Lebensweltenprävention um ihre Ausgaben für die betriebliche Gesundheitsförderung bereinigt werden.

Aus der Sicht der Ersatzkassen braucht der vorliegende Gesetzentwurf des Bundesgesundheitsministeriums dringend folgende Modifizierungen:

Bund, Länder und Kommunen sollen zahlen

Prävention ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Das Präventionsgesetz darf daher nicht auf die Sozialversicherungsträger und die Private Krankenversicherung begrenzt werden, sondern muss auch die staatlichen Akteure auf allen föderalen Ebenen einbinden. Insbesondere müssen in einem Präventionsgesetz die Kooperationsbeziehungen und finanziellen Zuständigkeiten der Sozialversicherungsträger und der öffentlichen Hände im Interesse klarer Verantwortlichkeiten und besserer Koordination der Leistungen vor allem in der lebensweltbezogenen Prävention und Gesund-

heitsförderung geregelt werden. Dabei muss verhindert werden, dass sich die öffentlichen Haushalte auf kommunaler, Landes- und Bundesebene zulasten der Sozialversicherungsträger aus der Finanzierung der Prävention zurückziehen.

Die Ausgaben aller Verantwortlichen (Bund, Länder und Gemeinden, Sozialversicherung und Private Krankenversicherung) für die Prävention und Gesundheitsförderung sind offenzulegen und mit der gleichen Steigerungsrate weiterzuentwickeln. Das, was für die Gesetzliche Krankenversicherung gilt (§ 20 Abs. 2 SGB V), soll auch für alle gelten.

Großes Engagement der Krankenkassen darf nicht gefährdet werden

Das neue Präventionsgesetz darf nicht dazu führen, dass die erfolgreiche Präventionspraxis der gesetzlichen Krankenkassen gefährdet würde. Erfolgreiche Strukturen dürften nicht zerschlagen, sondern müssten im Gegenteil erhalten und gestärkt werden. Das große Engagement der Gesetzlichen Krankenversicherung für die Prävention spiegelt sich im Ausgabenbereich wider. Sie ist der größte Förderer der Prävention. Daher müsste es eine Selbstverständlichkeit sein, dass man den gesetzlichen Krankenkassen auch eine angemessene Beteiligung in den trägerübergreifenden Gremien

und Organisationen zugestehe. Es müsste sichergestellt werden, dass die Zahler auch bestimmen können, wie und wo die Mittel sinnvoll eingesetzt werden.

Transparenz- und Koordinationsstelle notwendig

Es muss in der lebensweltbezogenen Prävention für eine regional ausgewogene und möglichst flächendeckende Versorgung der Maßnahmen der zahlreichen Akteure gesorgt werden. Diese Maßnahmen sollen bundesweit koordiniert werden. Die Versorgung soll transparent gestaltet werden und den gemeinsamen Qualitätsstandards entsprechen. Beispiele guter Praxis sollen systematisch kommuniziert werden. Statt eines Nationalen Präventionsrates ist hierfür eine bei der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung angesiedelte und vom Bund finanzierte ebenen- und ressortübergreifende Transparenz- und Koordinierungsstelle zu schaffen.

Man steht derzeit erst am Beginn eines Gesetzgebungsverfahrens. Es wird nicht leicht sein, ein praxisorientiertes und praktikables Präventionsgesetz auf die Beine zu bringen. Doch dieses Gesetz schuldet man den Versicherten und Patienten. Daher werden die Ersatzkassen ihren bestmöglichen Beitrag zur Formulierung des Präventionsgesetzes leisten.

Wirtschaftliche Arzneimittelversorgung

Wonach der Arzt sich richten kann

Die Ersatzkassenverbände gemeinsam mit den anderen Krankenkassenverbänden und der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns sind ihrer gesetzlichen Verpflichtung nachgekommen und haben die neue Richtgrößenvereinbarung für das Jahr 2008 abgeschlossen.

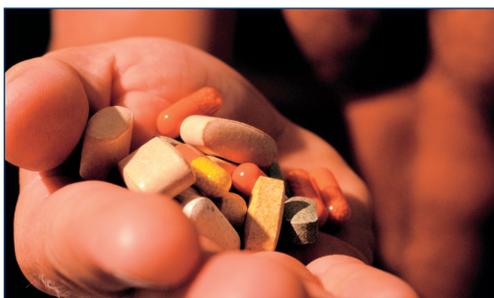
Richtgrößen sind vereinbarte Durchschnittswerte in Euro für vom Vertragsarzt verordnete Arznei- und Verbandmittel. Sie werden von den Vertragspartnern der Richtgrößenvereinbarung gesondert für jede Arztgruppe gebildet und geben einen bestimmten Betrag an. Dieser Euro-Betrag bezieht sich auf die Kosten, die man durchschnittlich pro Behandlungsfall des Arztes für Arznei- und Verbandmittel veranschlagt. Als Orientierungswert leiten die Richtgrößen den Vertragsarzt bei seiner Entscheidung über die Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln nach dem Gebot der Wirtschaftlichkeit.

Richtgrößenprüfung als Ultima ratio

Eine Überschreitung des Richtgrößenvolumens, d.h. Richtgröße multipliziert mit der Anzahl der Behand-

lungsfälle, kann eine Wirtschaftlichkeitsprüfung (Richtgrößenprüfung) auslösen. Nach den gesetzlichen Vorgaben ist eine solche Prüfung einzuleiten, wenn das Verordnungsvolumen eines Arztes in einem Kalenderjahr das Richtgrößenvolumen um mehr als 15 % überschreitet. Liegt der Arzt mit seinem Verordnungsvolumen mehr als 25 % über der ihm zugewiesenen Richtgröße, so führt dies zu einem Regress. Der Arzt hat dann den von ihm verursachten Mehraufwand den Krankenkassen zu erstatten, es sei denn, die erhöhten Verordnungs-kosten sind durch Besonderheiten der Praxis des Arztes gerechtfertigt.

Jeder Arzt ist gesetzlich verpflichtet wirtschaftlich zu verordnen. Die Arzneimittel, die der Arzt den Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen verschreibt, müssen von den Krankenkassen und damit letztlich mit Geldern der Versicherten bezahlt werden. Damit liegt es auf der Hand, dass kein Geld vorhanden ist, um überbewertete Medikamente zu verordnen, wenn es gleichzeitig preiswertere und qualitativ gleichwertige Alternativen gibt. Auch für überflüssige, wirkungslose Arzneimittel und die Verordnung zu großer Mengen kann das Geld der Versicherten nicht verausgabt wer-



Arzneimittelversorgung nach Richtgrößen – Regresse sind vermeidbar

den. Die Richtgrößen, an denen sich die Ärzte bei ihren Verschreibungen orientieren sollen, sind so bemessen, dass sie die Kosten berücksichtigen, die entstehen, wenn jeder Versicherte die Arzneimittel erhält, die für ihn medizinisch notwendig sind. Wirtschaftlich ist also nicht gleichzusetzen mit minderwertig oder mit einer Mangelwirtschaft.

Wirtschaftliche Verordnung – das höchste Gebot

Um wirtschaftlich verordnen zu können, muss der Arzt über den aktuellen Arzneimittelmarkt informiert sein. Er muss sich bei einer Verordnung Gedanken darüber machen, ob es nicht ein gleich wirksames, aber günstigeres Arzneimittel gibt. Bei diesen Entscheidungen ist der Arzt nicht auf sich allein gestellt. Er kann sich über Möglichkeiten einer wirtschaftlichen Verordnungsweise unabhängig informieren lassen, beispielsweise durch die Kassenärztliche Vereinigung. Auch innerhalb der Wirtschaftlichkeitsprüfung werden nicht nur Regresse verhängt, sondern auch Beratungen durchgeführt.

Der überwiegenden Anzahl der Ärzte gelingt es, die Orientierungswerte der Richtgrößen einzuhalten und wirtschaftlich zu verordnen. Beachtlich ist, dass ein Arzt Regresse erst dann zu befürchten hat, wenn er die Richtgrößen, die seine Kollegen ganz überwiegend einzuhalten vermögen, um mehr als 25 % überschreitet. Auch führt die Überschreitung dieses Wertes allein nicht zu einem Regress. Ein Regress wird nur dann verhängt, wenn es dem Arzt darüber hinaus nicht gelingt darzulegen, dass die Mehrkosten, die er durch Verordnungen verursacht hat, durch Besonderheiten seiner Praxis, also der von ihm

behandelten Patienten begründet sind. Denn der Arzt hat durchaus die Möglichkeit, gegenüber den unabhängigen und nicht an Weisungen der Krankenkassen oder der Kassenärztlichen Vereinigung gebundenen Prüfungsgremien darzulegen, dass er höhere medizinisch notwendige Verordnungskosten hatte als es die Richtgröße durchschnittlich für den Behandlungsfall vorsieht. So kann er etwa darlegen, dass er besonders viele schwer erkrankte oder chronisch kranke Patienten mit einem hohen Bedarf oder einem Bedarf an besonders teuren Arzneimitteln zu versorgen hat. Individuelle Praxisbesonderheiten finden auf diese Weise Berücksichtigung bei der Richtgrößenprüfung.

Richtgrößenprüfung – gesetzliche Pflichtaufgabe

Die in letzter Zeit von einigen durch mögliche Maßnahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung betroffenen Ärzte artikulierte Verärgerung oder auch Wut mag zwar persönlich nachvollziehbar sein, denn immerhin kann eine unwirtschaftliche Verordnungsweise Regresse von beträchtlicher Höhe nach sich ziehen. Es darf hingegen nicht aus den Augen verloren werden, dass sowohl Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigung als auch die unabhängigen Prüfungsgremien bei der Festlegung von Richtgrößen und der Überprüfung der Wirtschaftlichkeit eine vom Gesetzgeber zugewiesene Pflichtaufgabe wahrnehmen, mit der der Gesetzgeber den Versuch unternimmt, eine wirtschaftliche Verordnungsweise sicherzustellen. Werden die Richtgrößenprüfungen nicht in dem gesetzlich vorgesehenen Umfang durchgeführt, haften die Vorstandsmitglieder der Krankenkassenverbände und der Kassenärztlichen Vereinigungen hierfür.

Die jetzt neu vereinbarten Richtgrößen gelten im Übrigen für alle Verordnungen des Jahres 2008. Damit sind diese Orientierungswerte allen Ärzten bereits im Voraus bekannt. So braucht kein Vertragsarzt überrascht sein, wenn sein Ordnungsverhalten bei entsprechender Überschreitung seines Richtgrößenvolumens 2008 später überprüft wird. Ein Prüfbescheid hierüber müsste dann laut Gesetz bis spätestens 31. Dezember 2010 ergehen.



Christian Bredl,
Leiter der VdAK/
AEV-Landesvertretung
in Bayern

PERSONALIA

Christian Bredl wechselt zur Techniker Krankenkasse

Nach mehr als sechs erfolgreichen Jahren als Chef der Ersatzkassenverbände VdAK und AEV in Bayern wechselt Christian Bredl zum 1. Januar 2008 zur Techniker Krankenkasse. Dort wird er die Leitung der Landesvertretung Bayern übernehmen.

Der Landesausschuss Bayern der Ersatzkassen dankte Christian Bredl für die geleistete Arbeit und wünschte ihm alles Gute für die Zukunft.

LESENSWERT

Arzneimittel-Atlas 2006

Die Entwicklung des Arzneimittelverbrauchs in der GKV von Prof. Dr. Bertram Häussler, Dr. Ariane Höer, Elke Hempel und Philipp Storz. 2007, 256 S., Abb., Tab., brosch., € 28,00, ISBN 978-3-89935-234-4. Urban & Vogel GmbH, München.

Valide Informationen über den Verbrauch von Arzneimitteln sind für gesundheits- und wirtschaftspolitische Entscheidungen unabdingbar. Im Arzneimittel-Atlas werden die Informationen über die Entwicklung der Verordnungen zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung transparent und strukturiert für 22 Indikationsgruppen aufbereitet. Alle Analysen basieren auf dem Konzept der Tagesdosen. Für das Jahr 2005 werden im Vergleich zu 2004 die Änderungen von Verbrauch, Preis und strukturellen Faktoren wie Verschiebungen zwischen Therapieansätzen, Analog-Wirkstoffen oder Packungsgrößen betrachtet. Ergänzt wird die Darstellung dadurch, dass der Arzneimittelverbrauch in Beziehung zur Epidemiologie der jeweiligen Krankheiten gesetzt wird. Es zeigt sich, dass der Umsatzzuwachs des GKV-Arzneimittelmarktes 2005 im Wesentlichen mit einem höheren Arzneimittelverbrauch durch Veränderung des Bedarfs zu erklären ist.



Report oder Atlas?

Zur Analyse von Arzneimittelverordnungsdaten von Helmut Schröder, Katrin Nink, Valentina Coca, Anette Zawinell, Gabriela Brückner und Kenan Ajanović Hrsg.: Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), 2007, 144 S., Abb.,

Tab., ISBN 978-3-922093-46-6. Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn.

Daten über die Arzneimittelverordnungen in Deutschland liegen seit Anfang der 80er Jahre vor. Eine inhaltliche Besprechung dieser Arzneimittelverordnungen im ambulanten Leistungsgeschehen wird in dem seit 1985 jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Report vorge-

nommen und seit 2006 auch im Rahmen des Arzneimittel-Atlas. Damit beschreiben zwei Studien das Verschreibungsverhalten der ambulant tätigen Kassenärzte. In der Publikation wird insbesondere folgenden Fragen nachgegangen: Welche Warenkörbe, Klassifikationen und Methoden werden verwendet und sind diese miteinander vergleichbar? Welche Ergebnisse werden basierend auf den deskriptiven Analysen der Verordnungsdaten gemacht und wie werden diese interpretiert? Werden Fragen von Unter-, Über- und Fehlversorgung thematisiert und wie belastbar sind diese Aussagen? Ergebnis der Studie: Der Arzneimittel-Atlas liefert Ärzten und Apothekern keinen Nutzen für eine wirtschaftliche Arzneimitteltherapie.



Krankenhausrecht

Planung – Finanzierung – Wettbewerb von Dr. Christofer Lenz, Dr. Heinz-Uwe Dettling, Dr. Timo Kieser, Dr. Thomas Baumann, Dr. Rolf Leinekugel, Dr. Matthias Ulshöfer, Dipl.-Kfm. Ulrich Wizemann und Dipl.-Kfm. Brent Schanbacher. 2007, 318 S., kt., € 58,00, ISBN 978-3-8047-2408-2. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH, Stuttgart.

Das Krankenhausrecht steuert die Tätigkeit der Krankenhausleitungen und die strategischen Entscheidungen der Krankenhausträger. Es umfasst eine Vielzahl unterschiedlicher Rechtsgebiete. Zu den klassischen Feldern des Krankenhausrechts gehören die staatliche Planung und Finanzierung der Krankenhäuser sowie die arbeitsrechtliche Thematik der Verträge mit Chefarzten. Sie stehen im Mittelpunkt des Buches. Dargestellt werden aber auch die rechtlichen Vorgaben bei Krankenhaus-GmbHs, bei der Werbung für Krankenhausleistungen, bei Zusammenschlüssen und Kooperationen von Krankenhäusern, bei der Arzneimittelversorgung sowie die Besonderheiten im Steuerrecht und beim Jahresabschluss.



Wir wünschen unseren Lesern
ein gesegnetes Weihnachtsfest
und ein gesundes neues Jahr!

IMPRESSUM

Herausgeber:
Landesvertretung Bayern des VdAK/AEV
Arnulfstr. 201a · 80634 München
E-Mail: LV_Bayern@VdAK-AEV.de
Telefon: 0 89 – 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 – 55 25 51-14
Redaktion: Dr. Sergej Saizew · Verantwortlich: Christian Bredl