

Der Gastkommentar

Leistungsdefinition
ambulant versus stationär

Unterschiedliche Leistungsdefinitionen für die ambulante und für die stationäre Versorgung resultieren in Deutschland primär aus dem unterschiedlichen gesetzlichen Versorgungsauftrag für die vertragsärztliche Versorgung einerseits und die Krankenhausbehandlung andererseits. Beide Versorgungsbereiche unterliegen nach dem SGB V hinsichtlich Versorgungsauftrag und –umfang sowie Leistungsdefinition, Vergütungsregelung und (bisher auch) Anforderungen an die Qualitätssicherung eigenen Gesetzmäßigkeiten.

„Patienten ist die Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungsdefinitionen nicht vermittelbar.“

Seit geraumer Zeit strebt der Gesetzgeber eine engere Verzahnung beider Versorgungsbereiche an. Die Zulassung der Krankenhäuser zur Durchführung ambulanter Operationen und stationärsetzender Eingriffe, die erweiterte Berechtigung zur vor- und nachstationären Behandlung und neuerdings die Öffnung zur ambulanten Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur ambulanten Behandlung seltener Krankheiten und Erkrankungen mit besonderen Verläufen nach Maßgabe des Kataloges nach § 116 b SGB V durch Entscheidung der Landesplanungsbehörden sind Ausdruck dieser Entwicklung. Entscheidend wird eine stärkere Vernetzung beider Versorgungsbereiche aber beeinflusst durch die Einführung des DRG-Systems zur Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung, die zu einer erheblichen Verkürzung der Krankenhausverweildauer und damit zu der Notwendigkeit führt, die ambulante Weiterbehandlung unmittelbar nach einem kurzen Krankenhausaufenthalt zu gewährleisten. Zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) in der Trägerschaft von Krankenhäusern, Kooperationsverbände aus Krankenhäusern und Schwerpunktpraxen niedergelassener Fachärzte sowie zunehmend Integrationsverträge von Krankenkassen mit entsprechenden Leistungserbringerverbänden, kennzeichnen diese Entwicklung.

Die Folge beider Entwicklungen ist, dass Krankenhäuser zunehmend ambulante Behandlungen durchführen und insoweit an ambulante

Leistungsdefinitionen und Abrechnungsbestimmungen gebunden sind und dass Vertragsärzte und MVZ zunehmend ambulant Behandlungen übernehmen die bisher stationär durchgeführt wurden. Angesichts dieser Vermischung beider Versorgungsbereiche drängt sich die Frage auf, ob die bisherigen unterschiedlichen Anforderungen an die Aufnahme neuer Leistungen in den jeweiligen Leistungskatalog so beibehalten werden können, oder ob sie durch eine sektorenübergreifende Regelung, die sowohl für den ambulanten als auch stationären Bereich Gültigkeit hat, abgelöst werden sollte.

Der Gesetzgeber hat sich im GKV-WSG anders als für die Qualitätssicherung eindeutig und ausdrücklich für die Beibehaltung unterschiedlicher Bewertungsverfahren für die vertragsärztliche Versorgung (Erlaubnisvorbehalt: § 135 Abs. 1 SGB V) und für die Krankenhausbehandlung (Verbotsvorbehalt: § 137c SGB V) ausgesprochen. Damit soll das Krankenhaus mit seiner Infrastruktur und den zahlreichen Spezialisten unterschiedlicher Profession vor Ort als verlässliche Zugangsmöglichkeit für Innovationen erhalten bleiben. Gleichzeitig soll verhindert werden, dass sich insbesondere kostenaufwendige Innovationen vor Nachweis ihres medizinischen Nutzens und ihrer Wirtschaftlichkeit gegenüber etablierten Verfahren in der ambulanten fachärztlichen Versorgung breit machen und nach dem ambulanten Vergütungssystem zu Lasten der GKV vergütet werden müssten.

Der Grundgedanke dieser Differenzierung ist richtig; er führt jedoch in seiner derzeitigen Umsetzung zu Widersprüchen in der Versorgung für innovative Leistungen, die sowohl ambulant als auch stationär erbracht werden können. So ist eine Verkürzung der Verweildauer der Krankenhausbehandlung nicht erreichbar, wenn eine dort begonnene als notwendig angesehene Behandlung ambulant nicht weitergeführt werden darf, weil die betreffende Leistung in der ambulanten Behandlung mangels Beleges eines Zusatznutzens gegenüber etablierten Methoden nicht abrechnungsfähig ist. Einem Versicherten ist es nur schwer verständlich zu machen, warum er sich in ein Krankenhaus stationär aufnehmen lassen muss, um eine Behandlung zu bekommen, die lege artis ambulant erfolgen könnte, aber

wegen nicht belegten Zusatznutzens von der ambulanten Erbringung zu Lasten der GKV ausgeschlossen ist (Beispiel: PET, LITT, Hyperthermie, Protonentherapie).

Die Zulassung von Innovationen als Krankenhausleistung ohne Auflagen zum Beleg ihres therapeutischen Nutzens hat zudem den Nachteil, dass klinische Studien, die später für die ambulante Behandlung den medizinischen Nutzen belegen könnten, nicht erstellt werden. Entsprechende Studien unterbleiben allerdings auch deswegen, weil ihre Finanzierung nicht gesichert ist. Der G-BA bzw. das IQWiG sind deswegen für Beurteilung des medizinischen Nutzens häufig auf ausländische Studien angewiesen.

Am Beispiel der Vakuumversiegelungstherapie für großflächige Wunden lässt sich das Problem der derzeit gültigen Gesetzesregelung besonders gut darstellen. Die Methode wird momentan im G-BA ambulant beraten und mit den Mitteln der evidenzbasierten Medizin auf ihren Nutzen hin untersucht; eine Entscheidung steht noch aus. Bis zu einer Entscheidung des G-BA darf die Vakuumversiegelungstherapie von einem niedergelassenen Arzt nicht zu Lasten der GKV erbracht werden (Erlaubnisvorbehalt).

Im Krankenhaus dagegen zählt die Therapie bereits schon jetzt zur Routineversorgung, wird flächendeckend angewandt und zu Lasten der gesetzlichen Kassen abgerechnet. Im stationären Sektor müsste der G-BA den Einsatz der Therapie erst ausdrücklich verbieten, bevor diese nicht mehr zu Lasten der GKV erbracht werden darf (Verbotsvorbehalt).

Nicht nur Patienten ist diese Trennung zwischen ambulanten und stationären Leistungsdefinitionen nicht nur bei diesem Beispiel kaum vermittelbar. In letzter Konsequenz müsste demnach ein Patient, der eigentlich problemlos und kostengünstiger ambulant weiter versorgt werden könnte, ohne medizinische Notwendigkeit im Krankenhausbett



Dr. Rainer Hess, Unparteiischer Vorsitzender des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA)

verbleiben, um dort eine wesentlich kostenintensivere stationäre Therapie zu erhalten, welche ambulant nicht zu Lasten der GKV angewandt werden darf.

Das Gesundheitswesen der Zukunft wird sich noch stärker als bislang mit der Finanzierbarkeit medizinischer Spitzenleistungen für die Versorgung der Versicherten in einem solidarisch finanzierten GKV-System auseinandersetzen müssen. Die Kopplung kostenintensiver medizinisch-technischer Innovationen an die stationäre Unterbringung dürfte hierfür aus den genannten Gründen allein nicht ausreichen zumal sie rechtlich nicht mit einer Konzentration auf Krankenhäuser verbunden ist, die einen entsprechend qualifizierten medizinischen Schwerpunkt in der Versorgung bilden.

An die Stelle der durch den Gesetzgeber selbst wieder aufgegebenen Großgeräteplanung muss in einem wettbewerblich ausgerichteten Gesundheitssystem ein nach dem medizinischen Versorgungsbedarf ausgerichtetes Ausschreibungsverfahren für Vertragsabschlüsse mit Leistungserbringern treten, die dieses Großgerät sowohl ambulant als auch stationär einsetzen können. Um

„Innovative Leistungen sollten unter Studienbedingungen auch ambulant erbracht werden können.“

das dargestellte Studiendefizit zu beseitigen, müsste mit der Einführung einer kostenaufwendigen Innovation am Krankenhaus, deren Einsatz im Falle eines nachgewiesenen medizinischen Zusatznutzens gegenüber etablierten Methoden auch in der ambulanten Behandlung medizinisch sinnvoll ist, möglichst zeitgleich über eine Antrag zur Bewertung nach § 135 Abs. 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung ein Modellprojekt nach §§ 63, 64 SGB V in Auftrag gegeben werden, um die Evidenz möglichst zeitnah klären zu können.

In diesem Modellprojekt müssten einzelne Schwerpunktkrankhäuser, die in der Lage sind, entsprechende Leistungen unter Studienbe-

dingungen zu erbringen, ggf. im Kooperation mit Vertragsärzten oder MVZ ermächtigt werden, diese innovative Leistung auch ambulant zu erbringen, wenn sie die Leistungserbringung unter Studienbedingungen garantieren. Ein hierfür zusätzlich zur Leistungsvergütung erforderlicher Finanzierungsaufwand müsste durch Finanzierungsabsprachen mit der Industrie, die Versorgungsforschung fördernden Ministerien und Organisationen und den Krankenkassen oder dem G-BA gedeckt werden können. Ist durch solche Studien ein medizinischer (Zusatz-)Nutzen für die medizinische Versorgung belegt, können sowohl für die kollektivvertraglich zu vereinbarenden Vergütungssysteme der ambulanten und stationären Regelversorgung als auch für die Aufnahme als Katalogleistung nach § 116 b sowie als Grundlage für wettbewerblich ausgerichtet Einzelverträge auf gesicherter Basis Entscheidungen getroffen werden.

Die getrennten Bewertungsverfahren für ambulante und stationäre Leistungen könnten auf diese Weise synergistisch genutzt werden, um unter Fortbestand der Innovationsschiene Krankenhaus die Kombination mit dem Modellprojekt ambulante Leistungserprobung zu nutzen, um klinische Studien zu fördern und um zumindest an diesen Forschungsschwerpunkten dem Versicherten in der Übergangsphase bis zur Klärung der Evidenz auch die ambulante Inanspruchnahme kostenintensiver Innovationen zu ermöglichen.

Das GKV-WSG sieht vor, dass der G-BA spätestens von September 2008 an mit einer veränderten Struktur arbeitet und nur noch in einem Beschlussgremium mit differenzierter Besetzung der Leistungserbringerverbank (DKG; 2, KBV; 2, KZBV; 2) entscheidet. Zur Vermeidung permanenter Entscheidungskonflikte und sie nutzender Abstimmungsprozesse sollte versucht werden, im Vorfeld einen Grundkonsens über die grundsätzliche Ausrichtung der Arbeit des G-BA zu erreichen. Der vorstehende Beitrag könnte hierfür ein Ansatz sein.

Dr. Rainer Hess

Privatleistung versus GKV-Leistung (Fortsetzung von Seite 1)

Kostenerstattung – wann und wie?

● Kostenerstattung statt Sachleistung

Neben dieser Kostenerstattung für Fälle des so genannten Systemversagens oder der Auslandskrankenversicherung ist jedoch an dieser Stelle § 13 Abs. 2 SGB V von besonderem Interesse. Nach dieser Vorschrift kann ein gesetzlich Krankenversicherter anstelle der Sachleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber hat er seine Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistungen in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat den Versicherten darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, vom Versicherten selbst zu tragen sind. Der Versicherte hat die erfolgte Beratung gegenüber dem Leistungserbringer schriftlich zu bestätigen. Eine Einschränkung der Wahl auf den Bereich der ärztlichen Versorgung, der zahnärztlichen Versorgung, den stationären Bereich oder auf veranlasste Leistung ist möglich. Dies bedeutet, dass Versicherte, z. B. ambulante ärztliche Leistungen, im Wege der Kostenerstattung in Anspruch nehmen können, für stationäre Leistungen aber im Sachleistungssystem verbleiben dürfen. Auch ist die Inanspruchnahme der hausärztlichen Versorgung im Sachleistungssystem möglich; die Inanspruchnahme des Facharztes auf Überweisung gegen Kostenerstattung. An diese Wahlentscheidung ist der Versicherte aber mindestens ein Jahr gebunden.

● Wahl nur für Leistungsbereiche möglich

Im ersten Entwurf zum Wettbewerbsstärkungsgesetz war vorgesehen, dass dem Versicherten die Möglichkeit eingeräumt wird, jeweils im Einzelfall zu entscheiden, ob er anstelle der Sachleistung Kostenerstattung für Leistungen zugelassener oder ermächtigter Leistungserbringer wählen möchte. Hiernach hätte der Versicherte frei, individuell und flexibel entscheiden können, ob und wann er vom Sachleistungssystem abweichen und die jeweilige Leistung über die Kostenerstattung abrechnen lassen möchte. Die Mindestentscheidungszeit von einem Jahr wäre damit entfallen.

Diese Regelung ist nicht realisiert worden. Man hat zwar die Wahl auf einzelne Leistungsbereiche ermöglicht, nicht jedoch die Möglichkeit, sich jeweils bei einzelnen Leistungen für Kostenerstattung zu entscheiden. Ferner bleiben die Versicherten für ein Jahr an ihre Wahl gebunden. Im Laufe des Gesetzgebungsverfahrens musste der ursprünglich flexibel angelegte Ansatz aufgegeben werden. Diese Entwicklung passt zum generellen Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens in der Gesundheits-

reform, als dessen Ergebnis festgehalten werden kann, dass eher die private Krankenversicherung der gesetzlichen angepasst wird, als umgekehrt. Aus welchem Grund soll ein gesetzlich Krankenversicherter das für ihn bequeme Sachleistungssystem aufgeben und Kostenerstattung mit dem Risiko wählen, eventuell einen Teil der Kosten selbst tragen zu müssen? Diese Möglichkeit wird für ihn nur dann interessant werden, wenn er sich in dem Bereich, für den er Kostenerstattung gewählt hat, wie ein Privatpatient z. B. mit kürzeren Wartezeiten oder anderen Vergünstigungen fühlen darf. Anknüpfend an die Diskussion im letzten Jahr, in dem die „Diskriminierung“ der GKV-Patienten gegenüber Privatpatienten angeprangert wurde, bleibt abzuwarten, ob Krankenkassen mit speziellen Kostenerstattungsstarifen auf diese Situation reagieren. Die Techniker Krankenkasse, die in diesem Punkt immer innovativ und offen war, hat hier einen ersten Schritt gewagt.

● Private Behandlung auf Wunsch des Versicherten

Kommen wir zur Leistungserbringerseite. § 18 Abs. 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bestimmt, dass der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur dann fordern kann, wenn er entweder die Krankenversichertenkarte nicht vorlegt und innerhalb einer bestimmten Frist nicht nachreicht, oder wenn Leistungen erbracht werden, die nicht Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung sind und die vorherige schriftliche Zustimmung des Versicherten eingeholt wurde und dieser auf die Pflicht zur Übernahme der Kosten hingewiesen wurde.

Neben diesen zwei Fällen darf der Vertragsarzt von einem Versicherten eine Vergütung aber auch dann fordern, wenn und soweit der Versicherte vor Beginn der Verhandlung ausdrücklich verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dieses dem Vertragsarzt schriftlich bestätigt. Hier geht es also um die Konstellation, dass ein gesetzlich Krankenversicherter bestimmte ärztliche Leistungen privat in Anspruch nehmen möchte. Für diese Leistungen hat er keinen Kostenerstattungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse, da es sich nicht um eine Wahlentscheidung für ein Jahr für einen bestimmten Bereich handelt, sondern um eine Entscheidung im Einzelfall, für die ihm der Gesetzgeber ja gerade den Kostenerstattungsanspruch nicht zubilligt hat. Der Vertragsarzt muss den Versicherten vor Beginn der Behandlung noch einmal ausdrücklich darauf aufmerksam machen, dass er hierfür keinen Kostenerstattungsanspruch gegenüber seiner Krankenkasse hat, also die Kosten selbst zu

tragen hat. Er muss sich schriftlich bestätigen lassen, dass der Patient auf die eigene Kostentragspflicht hingewiesen wurde und trotzdem die Behandlung auf eigene Kosten ausdrücklich wünscht.

Solange die Initiative für die Privatbehandlung im Einzelfall vom Versicherten ausgeht und die schriftliche Bestätigung abgegeben wurde, besteht für den Vertragsarzt kein Risiko.

● GKV-Leistung auf Kosten des Patienten?

Wie verhält es sich jedoch in dem Fall, in dem der Vertragsarzt bestimmte Leistungen nur noch privatärztlich anbietet, weil die Vergütung im System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr ausreichend ist, diese Leistungen kostendeckend erbringen zu können? Genügt es, dass er den Patienten ausdrücklich darauf hinweist, dass es sich um eine GKV-Leistung handelt, die er andererseits vielleicht über Chip-Karte in Anspruch nehmen könnte, der Patient ihm aber dann nach Hinweis auf die eigene Kostenerstattungsspflicht ausdrücklich versichert, dass er diese Leistung bei ihm als Privatleistung in Anspruch nehmen möchte und ihm schriftlich bestätigt, dass er auf die eigene Kostentragspflicht hingewiesen wurde?

Dieser Möglichkeit, die eigentlich nach ausdrücklicher Beratung dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten gerecht werden würde, hat das Bundessozialgericht mit seiner Entscheidung vom 14. März 2001 (Az. B6 KA 54/00R) einen Strich durch die Rechnung gemacht. Das Bundessozialgericht hat zunächst festgestellt, dass eine behauptete unzureichende Honorierung einer Einzelleistung einen Vertragsarzt nicht berechtigt, den Versicherten gesetzlich vorgesehene Leistungen nur außerhalb des Systems der vertragsärztlichen Versorgung zukommen zu lassen. Das BSG ist der Auffassung, dass die Kostendeckung von einer Vielzahl von Faktoren abhängig ist, von denen einige von den Vertragsärzten selbst zu beeinflussen sind, so z. B. die Kostenstrukturen oder der Standort der Praxis, die Qualität des Leistungsangebotes u. a. Dem Zuschnitt der vertragsärztlichen Vergütung liege insgesamt eine Mischkalkulation zugrunde. Dies bedeutet, dass es durchaus Leistungen geben kann, bei denen selbst für eine kostengünstig organisierte Praxis kein Gewinn zu erzielen ist; entscheidend sei aber, ob insgesamt aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ein solches Einkommen erzielt werden kann, das ausreichenden Anreiz bietet, an der vertragsärztlichen Versorgung mitzuwirken.

● Verletzung vertragsärztlicher Pflichten

Das Urteil stammt aus dem Jahre 2001; es wäre sehr interessant zu erfahren, wie der Senat diese Frage zum heutigen Zeitpunkt beurteilen würde, zu dem sicherlich nachgewiesen werden kann, dass es nicht nur

Bitte beachten Sie auch die Vorträge beim

1. DEUTSCHEN INTERNISTENTAG

in Berlin! Am Donnerstag, den 25. Oktober, können Sie sich über aktuelle Abrechnungsfragen zur GOÄ/Basistarif DKV informieren. Und am Freitag, den 26. Oktober wird beim Internistentag über die Zukunft der PKV in der Inneren Medizin diskutiert. Weitere Informationen unter www.deutscherinternistentag.de

einzelne Leistungen sind, mit denen kein Gewinn zu erzielen ist, sondern das insgesamt aus der vertragsärztlichen Tätigkeit erzielbare Einkommen der Praxis ohne Quersubventionierungen aus anderen Bereichen keine Überlebenschance mehr lässt!

Das Bundessozialgericht führt weiter aus, dass der Vertragsarzt aufgrund seiner Zulassung verpflichtet ist, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Den Sicherstellungsauftrag treffe zwar die KV, umgesetzt wird die Sicherstellung aber von den an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirkenden Vertragsärzten als Mitglieder der KV. Aus diesem Grunde sind die zugelassenen Vertragsärzte verpflichtet, die für ihr Fachgebiet wesentlichen Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung anzubieten und zu erbringen. Dabei handelt es sich um solche Leistungen, die vom Leistungskatalog der GKV umfasst sind, für die der EBM eine Gebührenordnungsposition vorsieht und für die der Arzt die fachlichen, persönlichen und apparativ-technischen Voraussetzungen erfüllt. Ergänzend zieht das Bundessozialgericht die Weiterbildungsordnung heran; es müssen diejenigen Leistungen angeboten werden, die den Kernbereich und den Gebietsstandard des Fachgebietes ausmachen. Nach den Feststellungen des Bundessozialgerichts handelt es sich um eine Verletzung vertragsärztlicher Pflichten, wenn ein Vertragsarzt – auch mit Einverständnis des einzelnen Versicherten – bestimmte ärztliche Leistungen, die zum Kernbereich seines Fachgebietes gehören, nur noch privat anbietet.

● Nur Gastroenterologen müssen Gastroskopien durchführen

Ausnahmen von der Pflicht der Leistungserbringung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung sind nach dem Bundessozialgericht denkbar, wenn die vertragsärztlichen Vorschriften bestimmte Voraussetzungen für eine Abrechnungsgenehmigung vorsehen, die der Arzt – aus welchen Gründen auch immer – nicht erfüllt. An dieser Stelle sei das Beispiel der Gastroenterologen genannt, die mit der Magenspiegelung eine Ausgrenzung von Leistungen aus ihrem Spektrum unangreifbar durchgeführt haben. Gastroskopien gehören zum Kernbereich des fachärztlich tätigen Internisten, der die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie führt; sie gehören nicht zum Kernbereich eines fachärztlich tätigen Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung. Soweit also eine Vielzahl von Gastroenterologen auf die Führung ihrer

Schwerpunktbezeichnung verzichtet haben, konnte diesen nicht zum Vorwurf gemacht werden, die Magenspiegelungen, für die sie nur noch eine Vergütung in Höhe von ca. 13 € erhalten haben, nicht mehr im Rahmen der GKV angeboten zu haben.

● Systemausstieg als Lösung?

Viele Überlegungen gehen daher in die Richtung, über den Verzicht auf einen Schwerpunkt oder eine Abrechnungsgenehmigung hinaus einen kompletten Systemausstieg zu erwägen, d. h. insgesamt auf die vertragsärztliche Zulassung zu verzichten. Aber auch hierfür hat der Gesetzgeber vorgebaut: in § 75 b Abs. 1 SGB V ist bestimmt, dass es mit den Pflichten eines Vertragsarztes nicht vereinbar ist, wenn in einem mit anderen Ärzten aufeinander abgestimmten Verhalten oder Verfahren auf die Zulassung als Vertragsarzt verzichtet wird. Haben in einem Planungsbereich mehr als 50 % der niedergelassenen Vertragsärzte auf diese Weise auf ihre Zulassung verzichtet oder die vertragsärztliche Versorgung verweigert und hat die Aufsichtsbehörde festgestellt, dass dadurch die vertragsärztliche Versorgung nicht mehr sichergestellt ist, geht der Sicherstellungsauftrag auf die Krankenkassen über. Die Krankenkassen erfüllen ihren Sicherstellungsauftrag durch Abschluss von Einzelverträgen mit Leistungserbringern in dem entsprechenden Planungsbereich. Mit Ärzten, die in dem abgestimmten Verfahren auf die Zulassung verzichtet haben, dürfen jedoch keine Einzelverträge abgeschlossen werden; Kostenerstattung für Leistungen durch solche Ärzte ist ebenfalls ausgeschlossen. Dies hat das Bundessozialgericht erst jüngst mit Urteil vom 27. Juni 2007 (Az: B6 KA 37/06 R) für kieferorthopädische Leistungen wieder bestätigt. Eine erneute Zulassung kann erst nach Ablauf von 6 Jahren nach Abgabe der Verzichtserklärung wieder erteilt werden. Ein Ausweg aus diesem für den Arzt und den Versicherten dreifach umzäunten Gehege lässt sich nur durch einen generellen Systemumbau erreichen, in dem man die Sachleistungen auf den Kernbereich der gesetzlichen Krankenversicherung beschränkt und die anderen Leistungen über Kostenerstattungsstarife abdeckt. Für die Entscheidung dazu hat der großen Koalition offensichtlich der Mut gefehlt.

Dr. iur. Karin Hahne

Dr. Karin Hahne ist Fachanwältin für Medizinrecht in Frankfurt am Main.

BDI gratuliert Dr. med. Otto Schloßer zur Verleihung der Paracelsus-Medaille

Anlässlich des 110. Deutschen Ärztetags in Münster ehrten die Deutschen Ärztinnen und Ärzte mit der Paracelsus-Medaille in Otto Schloßer einen Arzt, der sich in 40 Jahren seines aktiven Berufslebens und seines nunmehr 54 Jahre währenden berufspolitischen Engagements als Kommunal- und Gesundheitspolitiker, Sachverständiger in fachärztlichen Gremien und professioneller Fortbildung um die medizinische Versorgung der Patienten, die Weiter- und Fortbildung, die Qualitätssicherung in der Medizin und durch seine langjährige Tätigkeit in berufspolitischen Gremien, vor allem der Ärzteschaft, um die ärztliche Selbstverwaltung, das Gesundheitswesen und das Gemeinwohl in der Bundesrepublik Deutschland verdient gemacht hat.

Dr. Schloßer wurde in der Nähe von Rosenheim geboren, wo er das Humanistische Gymnasium besuchte. Medizin studierte er unter den Bedingungen des Krieges von 1939 bis 1945 in München, Berlin und Würzburg. Nach einem Fronteinsatz im Osten und kurzer Tätigkeit an einem Lazarett in Rosenheim durchlief Otto Schloßer dort im Städtischen Krankenhaus in den Jahren 1945 bis 1952 seine Ausbildung – der Begriff „Weiterbildung“ war damals noch unbekannt – zum Internisten

und ließ sich als solcher anschließend an Ort und Stelle in eigener Praxis nieder. Bereits Anfang der 50er Jahre begann das ehrenamtliche, sachverständige Engagement Otto Schloßers auf regionaler, Landes- und Bundesebene und sein kommunalpolitisches Wirken. 1952 wählten ihn die Rosenheimer Ärzte zum Vorsitzenden des ärztlichen Kreisverbandes, ein Amt, das er bis 1988 ununterbrochen innehatte. Schon im Gründungsjahr 1959 trat Otto Schloßer in den BDI ein. 1968



Ehrung der Preisträger der Paracelsus-Medaille 2007 (Dr. Otto Schloßer ganz links)

Bild: Bundesärztekammer

Internisten e. V. Otto Schloßer die Günther-Budelmann-Medaille. Darüber hinaus ist er Träger des Bundesverdienstkreuzes erster Klasse, der Ernst-von-Bergmann-Plakette und der Ehrennadel der Bayerischen Internisten.

Otto Schloßer hat sich durch seinen mehr als fünf Jahrzehnte unermüdeten Einsatz als Arzt, Kommunalpolitiker, ärztlicher Berufs- und Gesundheitspolitiker, Sachverständiger, Berater und gewählter Mandatsträger in der Selbstverwaltung und den Gremien in der ärztlichen Körperschaft um die ärztliche Versorgung, die Fort- und Weiterbildung, die Innere Medizin in der Bundesrepublik Deutschland in hervorragender Weise verdient gemacht. Der BDI gratuliert Otto Schloßer sehr herzlich zu dieser großen Anerkennung und wünscht ihm noch viele ausgefüllte und zufriedene Jahre im Kreise seiner Familie.

Dr. med. Wolfgang Wesiack

wurde er in den engeren Vorstand gewählt und in diesem Amt, wie in den meisten anderen auch, immer wieder durch das Vertrauen der Kolleginnen und Kollegen bestätigt, bis er 1992 nicht mehr kandidierte. Durch 24 Jahre aktive Vorstandsarbeit, hat Otto Schloßer den Kurs des BDI maßgeblich mitbestimmt. Seine hohe Sachkompetenz beruhte auf einer profunden Kenntnis des Kas- sen- und Kammerrechtes, einer präzisen Analyse der berufspolitischen

Situation und der berufspolitischen Möglichkeiten, einer manchmal fast „seherisch“ anmutenden Einschätzung kommender Entwicklungen und nicht zuletzt auf seiner persönlich langjährigen ärztlichen Erfahrung. Sein Wort hatte besonderes Gewicht, ob es um Fragen der Weiterbildung, der Vergütung ärztlicher Leistungen, das Verhältnis zwischen Klinik und Praxis oder des internistischen Labors ging. Im Jahr 1988 verließ der Berufsverband Deutscher

Arbeitskreis „Ärzte in Weiterbildung“ sucht weitere Mitarbeiter

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die ärztliche Selbstverwaltung und damit auch die Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung hat in Deutschland eine lange Tradition und basiert heute auf dem Grundgesetz und auf den landesrechtlichen Bestimmungen des Heilberufsgesetzes. Unter Weiterbildung wird das Erlernen ärztlicher Fähigkeiten und Fer-

tigkeiten nach abgeschlossener ärztlicher Ausbildung verstanden. Die Weiterbildung erfolgt strukturiert, um in Gebieten die Qualifikation zum Facharzt und darauf aufbauend die Spezialisierung in den Schwerpunkten oder in den Zusatz-Weiterbildungen zu erhalten. Die Weiterbildungsbezeichnung ist der Nachweis für

erworbene ärztliche Kompetenz und dient der Qualitätssicherung in der Patientenversorgung und stellt gleichzeitig eine Orientierungshilfe für den Bürger dar. Der Arbeitskreis „Ärzte in Weiterbildung“ sucht aktive Interessierte, die bereit sind, sich mit den Weiterbildungsinhalten zu beschäftigen und

gegebenfalls auch die Sachkenntnis haben, Forderungen zur Verbesserung zu formulieren. Eine wichtige Aufgabe des Arbeitskreises wird in der Beratung und Hilfestellung bei der Weiterbildung von Ärzten gesehen.

Da der 110. Deutsche Ärztetag in Münster beschlossen hat, den Facharzt für Innere Medizin wieder einzuführen um damit die EU-Vorgaben zu erfüllen, ergeben sich erhebliche Auf-

gaben bei der Koordinierung der verschiedenen nationalen Weiterbildungsordnungen.

Daher rufe ich alle interessierten Kolleginnen und Kollegen auf, aktiv im Arbeitskreis „Ärzte in Weiterbildung“ mitzuarbeiten.

Ihr

Professor Dr. Hans Schweisfurth
Vorsitzender
Arbeitskreis „Ärzte in Weiterbildung“

zurück per Fax:
0611/18133-50

ja, ich bin an der Mitarbeit im Arbeitskreis „Ärzte in Weiterbildung“ interessiert

Titel: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Mitgl.-Nr.: _____



Mehr Bürokratie durch die Rabattverträge

Ohne Software sind Ärzte und Apotheker aufgeschmissen

Kein Mensch, weder Arzt noch Apotheker, kann den Rabatt-Dschungel noch durchschauen. Nach Angaben der Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände (ABDA) mussten deswegen 1 359 503 Datensätze zusätzlich in die Apotheken-EDV eingespielt werden. Die Datenflut ist Konsequenz der Rabattverträge – eine neue Rekordmarke der Bürokratie im Gesundheitswesen.

Der stellvertretende Vorsitzende der AOK Baden-Württemberg, Dr. Christopher Hermann, hat die ersten bundesweit geltenden Rabattverträge für 43 Wirkstoffen mit elf verschiedenen Herstellern ausgehandelt, die zum 1. April 2007 in Kraft getreten sind. Inzwischen sind es schon weit mehr: 193 der insgesamt 242 Krankenkassen haben bis Anfang Juni Rabattverträge abgeschlossen, die für insgesamt 12 123 Arzneimittel gelten. Auf Herstellerseite schwankt die Anzahl pro Vertrag zwischen einem Präparat und 2574 Präparaten. Wenn „aut idem“ auf dem Rezept nicht angekreuzt wird, muss der Apotheker das jeweils preiswerteste rabattierte Präparat abgeben. Bevor der Patient für sein Rezept das benötigte Arzneimittel bekommt, muss der Apotheker zunächst prüfen, mit welchem Hersteller und über welches Arzneimittel seine Krankenkasse einen Rabattvertrag abgeschlossen hat. Diese „Rabatt-Arzneimittel“ muss der Apotheker bevorzugt abgeben. Ist eben dieses Medikament nicht vorrätig, muss es beschafft werden – auch wenn die Apotheke mehrere andere gleichwertige Produkte in ihren Regalen und Schubfächern hat.

Dank der eingespielten Logistik von Großhandel und Apotheken gelingt das im Normalfall binnen weniger Stunden, heißt es bei der ABDA. Vorausgesetzt, das von der Kasse „bevorzugte Arzneimittel“ ist überhaupt lieferbar. Vor allem für Versicherte der AOK hat es genau damit aber in der letzten Zeit erheblichen Ärger und Probleme gegeben.

● Fragliche Lieferfähigkeit

AOK-Funktionär Herrmann spricht von Kinderkrankheiten, die angeblich überwunden sein sollen. Die Probleme rühren offensichtlich daher, dass die AOK zunächst mit kleinen Herstellern Rabattverträge abgeschlossen hat, die im Gegensatz zu den großen Generika-Anbietern nur minimale Marktanteile besaßen. Im Bestreben, ihren Marktanteil zu vergrößern, bemühen sich die Klein-Unternehmen verstärkt, die Produktion ihrer Produkte hochzuführen. Erstmals hat Herrmann Mitte Mai auf einer Fachtagung in München eingeräumt, dass die AOK zwei Rabattverträge gekündigt hat, weil die Firmen nicht lieferbar waren. Weitere Kündigungen könnten folgen. Ist das Rabatt-Arzneimittel nicht lieferbar, muss der Apotheker eines der drei preisgünstigsten wirkstoffgleichen Medikamente mit derselben Dosierung und Packungsgröße sowie derselben oder einer austauschbaren Darreichungsform abgeben – und zwar selbst dann, wenn das Medikamen-

ent, mit dem der Patient vertraut ist, nur wenige Cent mehr kostet. In jedem Fall müssen Patientinnen und Patienten in der Apotheke länger warten. Denn auch modernste Computer brauchen ihre Zeit, bis sie mehr als 1,3 Millionen Datensätze verarbeitet haben. Und es kommen ständig neue Rabattverträge und Datensätze hinzu.

Die ABDA scheint dennoch ganz zufrieden mit der Situation zu sein. Bei der Vorstellung des Apotheken-Wirtschaftsberichts im Mai in Berlin konstatierte ABDA-Präsident Heinz-Günter Wolf: „Der Preiswettbewerb um das günstigste Arzneimittel findet jetzt da statt, wo er hingehört.“ So erfreulich die hohe Teilnehmerquote an den Verträgen ist, den Apotheken bereiten die Rabattverträge erheblichen Mehraufwand. Als gravierend zeigen sich auch die Lieferengpässe einiger Hersteller, die mit ihren Produktionskapazitäten der Nachfrage offenbar nicht gewachsen sind. Patienten fällt die Umstellung auf neue Medikamente oft sehr schwer. Häufig werden sie durch verändertes Packungsdesign, Form oder Farbe des Arzneimittels verunsichert. Hier leisten Apotheker in Beratungsgesprächen wichtige Hilfestellung, damit die Therapietreue und damit auch die Behandlungserfolge gesichert bleiben. „Auch wenn die Rabattverträge mit Anlaufschwierigkeiten kämpfen, so sind sie doch im Prinzip der richtige Weg“, versichert Wolf. Der ABDA-Präsident ist überzeugt, dass die Rabattverträge ein wichtiges Instrument zur Kostendämpfung sein werden.

● Im Sinne der Erfinder

Das ist auf jeden Fall ganz im Sinne der Erfinder. AOK-Unterhändler Herrmann findet es gut, dass es der AOK durch ihre Vertragspolitik gelungen ist, das Hochpreisniveau deutscher Generika zu durchbrechen. „Damit werden bewährte Arzneimittel mit nachgewiesener hoher Qualität zu günstigen Preisen für die Versicherten verfügbar“, lobte auch Franz Knieps, Leiter der Abteilung Gesundheitsversorgung im Bundesgesundheitsministerium, kürzlich auf einer Pressekonferenz in Frankfurt/Main. Auch die Ärzte haben ihre Schwierigkeiten im Umgang mit den Rabattverträgen. Ohne funktionierende Praxis-Software, die ihnen die jeweils aktuellen Preise liefert, können die Vertragsärzte kaum sinnvoll mit den Rabattverträgen umgehen. Das bestätigt auch AOK-Mann Hermann. Er geht davon aus, dass die Rabattverträge der AOK in der Praxis-Software der meisten

AOK unterstützt werden, um die Auswahl eines rabattierten Arzneimittels auch technisch so einfach wie möglich zu machen. Er nannte hier die Software-Anbieter Compugroup und ifap, die 75 % aller Arztpraxen in Deutschland als Kunden haben. Für einen Kassensturz ist es noch zu früh, meinte Hermann im Mai in Frankfurt, doch zeichne sich bereits ab, dass die Erwartungen der AOK vollauf erfüllt, wahrscheinlich sogar erheblich übertroffen werden. Befriedigt zeigten sich sowohl Hermann als auch Knieps, dass sich als Folge des AVWG seit 1. April in einem „verkürzten Markt eine neue Qualität von Wettbewerb einstellt“ – ein Blick in die Verordnungsstatistik zeige eine verminderte Nachfrage hochpreisiger und eine erhöhte Nachfrage niedrigpreisiger wirkstoffgleicher Arzneimittel. BMG-Abteilungsleiter Knieps erklärte, dass der Gesetzgeber von direkten Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Arzneimittelherstellern besondere Stimulationen für einen Wettbewerb um Qualität und Effizienz erwartet. Nunmehr können alle Preise für Arzneimittel verhandelt werden. Nicht nur für die Generika-Versorgung, sondern auch für das Sortiment der patentgeschützten Arzneimittel würden neue Perspektiven für Verträge eröffnet. „Damit hat eine neue Ära von unmittelbaren Vertragsbeziehungen begonnen.“ Lieferschwierigkeiten der Hersteller dürften die Ausnahme sein. Laut Herrmann wurde der Großhandel bereits im Februar über die rabattierten Arzneimittel informiert. Ab der zweiten März-Hälfte kam es bereits zu einer verstärkten Bevorratung. Sollten einzelne Arzneimittel einmal nicht über den pharmazeutischen Großhandel zu beziehen sein, kann der Apotheker auch direkt bei allen Rabattvertragspartnern bestellen.

● Bonus für die Verordner

In drei Kassenärztlichen Vereinigungen wird den Ärzten der erhöhte Behandlungsaufwand honoriert. In der KV Baden-Württemberg bekommen die Ärzte im ersten und zweiten Quartal 65% der Rabatte, im dritten Quartal 40% und ab dem vierten Quartal 30%. Auch in der KV Berlin wird ein prozentualer Anteil an den Einsparungen an die teilnehmenden Ärzte gezahlt: 60% im 2. Quartal 2007, 50% im 3. Quartal 2007 und 40% im 4. Quartal 2007. Die Patienten profitieren von den Rabattverträgen durch Wegfall der Zuzahlungen. Eine Kollision mit der Vorschrift in der Berufsordnung, wonach Ärzte für die Verordnung von Arznei-, Heil- oder



Im Dschungel der „Rabatt-Arzneimittel“ hat kein Apotheker mehr den Überblick.

Bild: Archiv

Hilfsmitteln sowie Medizinprodukten weder Geld noch andere Vergünstigungen von Dritten annehmen dürfen, sehen die verantwortlichen KV-Vertreter nicht. Sie bekämen ein Honorar für den zusätzlichen Beratungs- und Informationsaufwand, der ihnen durch die Rabattverträge entstehe, lautet ihr Gegenargument.

Einen etwas anderen Weg geht die KV Hessen. Um die Vergütung unabhängig von der Höhe der Verordnungen zu halten, wurde hier ein Festhonorar vereinbart, erläutert der stellvertretende KV-Vorsitzende Dr. Gerd Zimmermann. Er findet es positiv, dass gemäß § 130 sowie § 106 SGB V alle Rabattverträge zwischen Kassen und Pharmafirmen automatisch als Praxisbesonderheit gelten und in möglichen Prüfanträgen herausgerechnet werden. Zu seinem Leidwesen ist es aber für die Vertragsärzte praktisch nicht machbar, alle Rabattverträge der verschiedenen Kassen im Alltag zu kennen und auch zu beachten. Deshalb rät er den Kollegen zu folgendem Vorgehen: „Verordnen Sie in erster Linie preisgünstige Generika, allerdings ohne das Setzen des aut-idem-Kreuzchens.“

Aber es heißt aufpassen: Schließt man mit dem aut-idem-Kreuz auf dem Rezept nämlich ein rabattiertes Medikament aus, ist man mit dieser Verordnung wieder im üblichen Prüfrahmen. Zimmermann weist noch auf ein wichtiges Detail hin: Diese Rabattverträge haben mit dem Arzneimittelvertrag zwischen der AOK Hessen und der KV Hessen, bei welchem die AOK dem Arzt preisgünstige Medikamente zur Umstellung vorschlägt und bei erfolgter Umstellung den Gesprächsaufwand mit dem Patienten mit jeweils insgesamt 20,00 Euro vergütet, nur begrenzt etwas zu tun. Bei diesem Vertrag werden zwar unter Umstän-

den durch die AOK Hessen ebenfalls rabattierte Generika vorgeschlagen, allerdings geht es hier auch z. B. um die Umstellung von sog. Analogpräparaten. Dieser Vertrag und die 20 Euro Vergütung eines Umstellungsgesprächs hängen also keineswegs ausschließlich von solchen Rabattverträgen ab.

Aus juristischem Blickwinkel entspricht der zwischen Generika-Herstellern und Krankenkassen abgeschlossene Rabattvertrag „knallhart den Intentionen des Gesetzgebers“, ist sich der Münchner Medizinrechtler Dr. Horst Bitter sicher. Denn er diene ganz klar der geforderten wettbewerblichen Ausgestaltung des Gesundheitssystems.

Nach der Änderung des § 130 a Abs. 8 SGB V ist es Ärzten nunmehr erlaubt, an entsprechenden Rabattvereinbarungen zu partizipieren. Damit sei auch eine Erfolgsbeteiligung möglich, mit der ein zusätzlicher, über das normale Maß hinausgehender Aufwand der teilnehmenden Ärzte für die Verbesserung der Wirtschaftlichkeit honoriert wird, erklärt Bitter und wies darauf hin, dass die Berufsordnungen noch dementsprechend angepasst werden müssen.

Nach dem Standesrecht war es Ärzten und Apothekern immer untersagt, finanziell an Verordnungen beteiligt zu werden. Mit der Regelung im GKV-WSG hat der Gesetzgeber einen echten Bruch mit dem § 35 der Muster-Berufsordnung vollzogen. Aufgrund einer Änderung des Apothekengesetzes können Apotheker im Rahmen der Integrierten Versorgung an Rabatten beteiligt werden. Da die Ärzte gleich behandelt werden müssen wie die Apotheker, erläutert der Anwalt, dürfen auch sie nunmehr an Rabatten beteiligt werden.

KS

Anzeige

Pentalog

111 x 50