

Arzneimittel: Fehl- und Überversorgung vermeiden

Im Jahr 2001 verschrieben die Ärzte bundesweit für rund 21 Milliarden Euro Arzneimittel – 10 % mehr als im Vorjahr. Wie man den Kostenanstieg in den Griff bekommen kann, darüber diskutierten Experten Ende Februar bei einer Fachtagung des BKK Landesverbandes Bayern in München. Eingeladen waren Vertreter des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB), der öffentlichen Gesundheitsforschung und der Pharmaindustrie.

Zielvereinbarungen – ein zahnloses Gebilde

Enttäuscht wurde die Hoffnung, Arzneimittelbudgets durch Zielvereinbarungen zwischen Ärzten und Krankenkassen kostenneutral ersetzen zu können. Schuld daran, so die Experten, seien zwei Gründe: Die Vereinbarungen wären zu spät gekommen und hätten sich als ungeeignet erwiesen, die Ausgaben zu steuern. „Die Zielvereinbarungen sind ein zahnloses Gebilde“, kritisierte Dr. Peter Schwoerer vom MDK, „die Bilanz 2001 ist vernichtend: Die Wirtschaftlichkeit wurde nicht erreicht, die Betreuung der Patienten ist fragwürdig.“ In Süd-Württemberg seien die Arzneimittelausgaben trotz dieses Instruments um 11,7 % gestiegen, in Bayern – ohne Zielvereinbarungen – lediglich um 8,7 %.

Fehl- und Überversorgung

Professor Dr. Ulrich Schwabe vom Pharmakologischen Institut der Universität Heidelberg, Herausgeber des Arzneimittelreports, widerlegte die Daten des Verbandes der Forschenden Arzneimittelhersteller (VFA). Der Verband hatte behauptet, Deutschland habe erhebliche Versorgungsdefizite auf mehreren Gebieten. Der VFA, so Schwabe, würde ver-

schreibende Ärzte verunsichern und fehlerhaft, auf Kosten der Effizienz.

Beispiel Diabetes: Der Pharmakologe legte dazu umfangreiche Daten vor. Demnach schlucken und spritzen deutsche Typ 2-Diabetiker 38 % mehr Medikamente als nötig – wenn man die Daily Drug Dose (DDD) zu Grunde legt, die die WHO ermittelte. 2,6 Millionen Diabetesprieten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhielten Arzneimittel, die eigentlich für 3,6 Millionen ausreichen und würden somit deutlich übertherapiert. Dabei sei es viel effizienter, Gewicht zu reduzieren, wie eine finnische Studie zur Lebensstiländerung beweise. Schlechte Noten jedoch für deutsche Patienten: Ernährungsstil mangelhaft.

Anreiz statt Drohung

Ein wesentlicher Diskussionspunkt bei der Veranstaltung waren die verschiedenen Ansätze, Kosten bei den Arzneimittelausgaben einzusparen. Dem bundesweiten Vorgehen, kollektive Zielvereinbarungen für alle Ärzte abzuschließen, erteilte der stellvertretende Vorsitzende des Vorstandes der KVB, Dr. Wolfgang Hoppenthaller, eine klare Absage: „Wir brauchen bedarfsgerechte Richtgrößen für Bayerns Ärzte. Das, was die Bundesebene vorsieht, hilft uns nicht weiter“. In Bayern soll ein anderer Weg gegangen werden. Auch die Vertreter der Krankenkassen zeigten sich diesem Ansatz gegenüber sehr aufgeschlossen.

Laut KVB funktioniert das Prinzip nur mit der Einbeziehung und der Mitarbeit jedes einzelnen Arztes. Für jede Praxis soll eine Zielvorgabensumme festgelegt werden. Bei deren Festsetzung werden die individuelle Praxisstruktur, die Altersstruktur der Patienten

und alle Praxisbesonderheiten entsprechend berücksichtigt. Damit jeder Arzt die Vereinbarung einhalten kann, gibt es einen Beratungsservice. Basierend auf aktuellen Daten will die KVB zeitnah ihre Ärzte über den Stand des jeweiligen Verordnungsvolumens informieren. Liegt der einzelne Arzt über den vereinbarten Werten, analysieren Experten gemeinsam mit dem Betroffenen die Praxissituation und definieren gegebenenfalls neue Ziele. Während der Vertragslaufzeit bleibt der Arzt vor Regressen verschont. Im Gegenzug muss sich der Arzt verpflichten, in Qualitätszirkeln mitzuwirken. Halten die bayerischen Ärzte insgesamt ihre individuellen Zielvereinbarungen ein und schöpfen dadurch Wirtschaftlichkeitsreserven aus, fließt das eingesparte Geld wieder zurück in die ärztliche Versorgung. Ärzte, die keine individuellen Zielvereinbarungen abgeschlossen haben, unterliegen weiterhin den kollektiven Richtgrößen und bleiben vom Individualregress bedroht. Dasselbe trifft auf die Ärzte zu, die aus dem Vertrag aussteigen bzw. denen die KVB den Vertrag kündigt.

Damit das Kooperationsangebot der Krankenkassen kein Lippenbekenntnis bleibt, müssen Taten folgen. „Solange wir von den Kassen keine validen Daten bekommen, können wir keine Verantwortung für das Verordnungsvolumen übernehmen“, stellte Dr. Hoppenthaller abschließend fest.

*Dr. Tim Freyer (BLÄK),
Michael Anschütz (KVB)*

Dr. Wolfgang Hoppenthaller (stehend) schildert das „Daten-Dilemma“: „Wir kaufen zurzeit Daten ein, die uns eigentlich die Kassen kostenlos liefern müssten.“



Dr. Heinz Michael Mörlein, Vorstandsmitglied der KVB (sitzend) antwortet NDR-Moderator Bernd Seguin: „Es kam schon öfters vor, dass ein bayerischer Weg auf die Bundesebene übertragen wurde.“

Fotos: KVB