

Bericht zur Lage des 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. Wolfgang-Axel Dryden, anlässlich der Vertreterversammlung am 20. Februar 2015 in Dortmund

- es gilt das gesprochene Wort –

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

der heutige Bericht des Vorstandes wird in allen drei Referaten sehr kurz ausfallen. Wir befinden uns momentan in einer wegweisenden Phase politischer Entscheidungen. Diese begleiten wir intensiv mit unseren Ihnen bekannten Themen von der Honorargerechtigkeit bis hin zur Ablösung der Richtgrößenprüfungen. Gerade diese zwei Bereiche – das wissen Sie – habe ich persönlich auf meiner Agenda. Meine Zielrichtung kennen Sie, ich habe in der Vergangenheit mehrfach darüber berichtet. Ergebnisse zu informieren wäre allerdings verfrüht. Daher werde ich mich in meinem Part auf lediglich ein aktuelles Thema beschränken, die Arzneimitteltherapiesicherheit, kurz AMTS.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, Sie wissen, dass mich die Arzneimitteltherapiesicherheit seit Langem beschäftigt. Vor fast zwei Jahren habe ich Ihnen hier im Hause das damalige KBV-ABDA-Konzept vorgestellt. Das Grundthema der Patientensicherheit war auch Ihnen wichtig. Lediglich die Umsetzung gestützt auf eine Kooperation zwischen Ärzten und Apothekern erfuhr Ablehnung.

Wir haben dementsprechend das Thema Arzneimitteltherapiesicherheit weiter verfolgt, dabei jedoch den Weg verändert. Ab diesem Zeitpunkt haben wir auf das „strukturierte, arztgestützte Arzneimittelmanagement“ gesetzt.

Im vierten Quartal 2013 haben wir unser Modell in der Gesundheitsregion Siegen eingeführt. Wir blicken damit inzwischen auf fast ein ganzes Jahr Erfahrung zurück – deutlich mehr als die Initiative ARMIN in Sachsen und Thüringen, die weitgehend auf das ursprüngliche KBV-ABDA-Konzept setzt. Da wir unser Projekt auch mit einer

ständigen Evaluation begleiten, können wir Ihnen dazu auch erste Ergebnisse vorstellen. Die Ergebnisse sind, um es bereits vorwegzunehmen, überaus positiv. Das Land NRW hat unser Konzept und seine Umsetzung in das Gesamtprojekt Gesundheit NRW übernommen. So haben wir im Januar gemeinsam mit Ministerin Steffens und Herrn Beckmann von der Barmer GEK in der Landespressekonferenz auch unser Projekt vorstellen können.

Im Folgenden möchte ich Ihnen den Aufbau darstellen, gefolgt von den Ergebnissen unserer Evaluation.

Wie bereits betont, handelt es sich bei unserem Projekt um ein strukturiertes, arztgestütztes Arzneimittelmanagement. Strukturiert, weil es auf vorab definierten Aufgreifkriterien basiert. Arztgestützt, weil es ein Arzt, in der Regel der Hausarzt des Patienten koordiniert, und Arzneimittelmanagement, weil wir hier in der KV arztübergreifend alle in Apotheken eingelösten Verordnungen eines Patienten zusammenführen.

Als Strukturelement haben wir die WHO-Definition für eine Polymedikation genutzt. Demnach besteht eine Polymedikation dann, wenn mehr als fünf Medikamente gleichzeitig verordnet werden. Diese Definition haben wir insofern geschärft, als wir die Wirkstoffmenge und nicht die jeweiligen Fertigarzneimittel als Grundlage genommen haben – also nicht fünf Fertigarzneimittel, sondern fünf Wirkstoffe. Zudem sind wir davon ausgegangen, dass eine Polymedikation erst dann vorliegt, wenn die parallele Einnahme dieser Wirkstoffmenge längerfristig erfolgt. So ist unser zweites Kriterium zur Identifikation zu beratender Patienten die Verordnungs- und Einnahmedauer über mindestens zwei Quartale.

Der behandelnde Hausarzt wird darüber informiert, dass es bei seinem Patienten möglicherweise einen Beratungsbedarf gibt. Stimmt der Patient einer solchen Beratung schriftlich zu, erhält der Hausarzt eine arztübergreifende Übersicht über die ärztlich veranlasste Gesamtmedikation seines Patienten. In grafischer Aufbereitung werden Verordnungs- und Wiederholungsverordnungsdaten der Medikamente ebenso

aufgeführt wie auch die Reichweite jeder Verordnung auf Basis der Standarddosierung nach DDD. Hieraus ergibt sich ein Überblick darüber, welche Medikamente der Patient erhalten hat, von wem diese verordnet wurden und ob diese kontinuierlich nebeneinander eingenommen wurden oder nur bedarfsabhängig. Zudem erhält der Arzt Hinweise zu potenziellen Risiken und Wechselwirkungen der einzelnen Arzneimittel.

In unserer Evaluation haben wir sowohl die beteiligten Ärzte als auch die Patienten zu ihrer Einschätzung des Modells befragt. Weiterhin haben wir den gut 100 Patienten der Barmer GEK, die im ersten Halbjahr so beraten wurden, 500 Patienten der AOK gegenübergestellt, die dieselben Aufgreifkriterien erfüllen.

In der Befragung gaben gut 80 % der Ärzte an, dass dieses Arzneimitteltherapiegespräch die Behandlung ihrer Patienten unterstütze, zwei Drittel der Ärzte haben auch qualitative Änderungen der Arzneimittelauswahl umsetzen können und jeweils über 80 % der Ärzte sahen ein verbessertes Therapieverständnis bei ihren beratenen Patienten. Diese Kollegen zeigten sich weiter überzeugt, dass es sinnvoll sei, die Beratung jährlich zu wiederholen.

84 % der Patienten fühlten sich nach der Beratung sicherer und motivierter mit ihrer daraus resultierenden Medikation. 90 % der Patienten würden es begrüßen, wenn eine derartige Beratung weiterhin angeboten würde.

Als Zwischenfazit dieser Befragung sehe ich eine sehr große Akzeptanz dieses Angebotes sowohl bei den Patienten als auch bei den Ärzten.

In der vergleichenden Analyse zwischen beratenen Barmer-Versicherten und nicht beratenen AOK-Versicherten haben wir als Indikatoren die Zahl der verordneten Wirkstoffe, die Anzahl der verordneten Tagesdosen und die Entwicklung der Verordnungskosten betrachtet.

Knapp 60 % der Barmer-Versicherten erhielten nach Beratung weniger Wirkstoffe verordnet als zuvor. In der Kontrollgruppe war bei knapp 44 % der Patienten ein Rückgang der Wirkstoffverordnung zu erkennen. Diese Differenz ist signifikant für die Wirksamkeit unseres strukturierten arztgestützten Arzneimittelmanagements.

Der Unterschied wird noch deutlicher in der Betrachtung der Veränderung verordneter Tagestherapiedosen. Über 70 % der Barmer-Versicherten erhielten eine reduzierte Menge an DDD, im Vergleich zu 48 % der AOK-Patienten. Die Verordnungsmenge konnte in Tagestherapiedosen gemessen in der Verumgruppe um über 17 % gesenkt werden. Auch dieses Ergebnis ist signifikant und bestätigt unser Vorgehen.

Für unsere Vertragspartner noch interessanter ist die Kostenbetrachtung. Auch hier nehme ich vorweg: Die Kosten sinken deutlich! Daher ist es mir rätselhaft, warum uns bis heute nur zwei Krankenkassen bei diesem Projekt unterstützen, die Barmer GEK von Beginn an und die TK seit dem vierten Quartal 2014. Unter dem Kostenaspekt müsste der Nutzen des strukturierten arztgestützten Arzneimittelmanagements jedem Kassenverantwortlichen eindeutig klar sein. Bei den Barmer-Versicherten sparten wir in dem halben Jahr der Beobachtung 88,67 Euro Kosten ein, während die AOK für ihre Patienten im gleichen Vergleichszeitraum 3,59 Euro mehr für Arzneimittel bezahlen musste. Die Differenz zwischen diesen beiden Entwicklungen liegt bei über 92 Euro im Halbjahr. Berücksichtigt man, dass wir in Westfalen-Lippe im Benchmark zu anderen KVen ohnehin schon eine überaus kostengünstige Arzneimittelverordnung darstellen können, sprechen die eingesparten Arzneimittelkosten infolge der Beratung eine sehr deutliche Sprache.

In dieser Analyse können wir nicht abbilden, in welchem Umfang sich die zusätzlichen Folgen einer Polymedikation verändern. Stimmen die Angaben zur Häufigkeit unerwünschter Arzneimittelwechsel- und –nebenwirkungen im Rahmen der Polymedikation, der Häufigkeit von Hospitalisierungen infolge Mehrfachmedikation und zu den Auswirkungen auf die Lebensqualität der Patienten, können wir unterstellen, dass unser Projekt vielen Patienten Leid erspart, Lebensqualität verbessert und

Krankenhausaufenthalte verringert. Auch an diesem Punkt erstaunt mich das zurückhaltende Verhalten anderer Kassen, insbesondere derer, die man als Versorgerkassen mit einem problematischen Morbiditätsmix bezeichnen kann.

Die KVWL bietet allen Kassen an, in dieses Projekt einzusteigen. Wir bieten den Kassen an, ebenfalls in der Gesundheitsregion Siegen zu beginnen, möchten aber den Nutzen nicht dauerhaft auf die GKV-Versicherten einer Region beschränken, sondern allen Menschen in unserem Zuständigkeitsbereich zugänglich machen.

Wir sehen das strukturierte, arztgestützte Arzneimittelmanagement als gelebte Patientensicherheit an. Patientensicherheit ist für uns ein Thema, das eng mit unserem Sicherstellungsauftrag verbunden ist. Wir können die Patientensicherheit jedoch nicht einseitig vorantreiben, sondern brauchen dazu letztendlich unsere Vertragspartner. Lassen Sie uns an einem Strang ziehen – in dieselbe Richtung!

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, zum Abschluss muss ich noch ein Thema ansprechen, welches in der letzten Zeit dazu führt, dass Kollegen bis hinein in die Vertreterversammlung, andere ärztliche Körperschaften, Presse, Kommunal- und Landespolitik uns immer wieder ansprechen und unsere Verfahrensweise zumindest hinterfragen: die Prüfung der Abrechnung von Praxisgemeinschaften. Etliche Kollegen, bei denen wir Auffälligkeiten feststellen, werden vor Ort und im Kollegenkreis hoch geschätzt und sind angesehen. Einmal betroffen von unserer Prüfung versuchen sie, dieses Renommee einzusetzen, um sich zu entlasten. Allerdings: Wir sind zur Prüfung verpflichtet und wir sind ebenso verpflichtet, auf festgestellte Verstöße ohne Ansehen der Person zu reagieren.

Worum geht es also?

Jede Praxis hat ihren eigenen Patientenstamm. Liegen diese zwei Praxen in räumlicher Beziehung zueinander, betreuen sie gelegentlich auch Patienten gemeinsam,

vorrangig als Vertretung im Urlaub oder Krankheitsfall. Die Fallüberschneidungen sind gering.

Wenn zwei oder mehr Praxen eine gemeinsame Infrastruktur – wie Räume, Geräte etc. – nutzen, aber weiterhin ausschließlich eigene Patienten behandeln, sprechen wir von einer Praxisgemeinschaft. Klar und deutlich heißt das: In einer solchen Praxisgemeinschaft wird davon ausgegangen, dass es sich um Einzelpraxen mit eigenem Patientenstamm, eigenen Organisationsstrukturen und eigener Praxis-EDV handelt. Sie nehmen getrennt voneinander ihren jeweiligen Versorgungsauftrag wahr. Vertretungen untereinander sind möglich. Sie überschreiten den Umfang, der in räumlich getrennten Praxen vorkommt, allenfalls marginal. Vertreterfälle und gemeinsame Patienten lösen jeweils einen neuen Behandlungsfall und ein neues Arzneimittelvolumen aus. Je nach Kennzeichnung des Abrechnungsfalles kommt in einer hausärztlichen Praxis entweder die Vertreterpauschale oder die Versichertenpauschale inklusive hausärztlicher Grundpauschale zum Tragen.

Ganz anders ist eine Gemeinschaftspraxis aufgestellt. Dort nutzen die Ärztinnen und Ärzte nicht nur eine gemeinsame Organisationsstruktur, sondern versorgen auch gemeinschaftlich alle Patienten als einheitlichen Patientenstamm. Vertretungen innerhalb der Gemeinschaftspraxis lösen weder einen neuen Abrechnungsfall noch ein neues Arzneimittelvolumen aus – unabhängig davon, wie viele Ärzte der Praxis an ihrer Behandlung beteiligt sind. Gemeinschaftspraxen erhalten dafür bei der Abrechnung einen Aufschlag.

Doch zurück zur Praxisgemeinschaft: In Normen auf Bundesebene ist einheitlich für ganz Deutschland festgeschrieben, dass eine Praxisgemeinschaft maximal 20 % gemeinsam behandelte Patienten haben darf. Die Rechtsprechung sieht in einer deutlichen Abweichung von dieser Grenze einen Gestaltungsmissbrauch zu Lasten der Gesamtvergütung, damit zu Lasten aller Vertragsärzte.

Die Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe steht in der Pflicht, in diesem Sinne Praxisgemeinschaften zu prüfen. Dabei fallen verschiedenste Konstrukte auf. Wir sehen z.B. Ehegatten als Praxisgemeinschaft, in denen die Patienten der kleineren Praxis bis zu 100 % mit Patienten der größeren identisch sind. Oder es gibt Praxisgemeinschaften, in denen taggleich bei durch Abrechnung dokumentierter Anwesenheit des originär behandelnden Arztes in der anderen Praxis nicht nur Versichertenkarten eingelesen, sondern auch teilweise identische Behandlungen abgerechnet werden. In anderen Fällen mussten wir feststellen, dass trotz großer räumlicher Entfernung der Praxen zueinander am selben Tag die Versichertenkarten von Patienten eingelesen und Leistungen abgerechnet wurden.

So weit, so eindeutig.

Nun gibt es aber auch Fälle, in denen die auffällig gewordenen Mitglieder einer Praxisgemeinschaft sich mit einer notwendigen Vertretung ihres tatsächlich abwesenden Kollegen rechtfertigen. Und sich auf dieser Grundlage auch im Recht glauben. Dem ist aber nicht so. Das Bundessozialgericht hat eindeutig festgestellt, dass es sich auch bei einer Vertretung um Missbrauch handelt, wenn hinter Abwesenheit und Vertretung eine Systematik erkennbar ist. Mit anderen Worten: Das kalkulierte Spiel, dass regelhaft mal der eine, mal der andere Arzt nicht anwesend ist, und so Vertretungen deutlich über die 20 %-Grenze hinaus produziert werden, zieht nicht.

Zumal – und das möchte ich deutlich betonen – der Patient grundsätzlich in einer Praxis in Behandlung ist. Ist der Arzt nicht anwesend, muss der Patient darauf hingewiesen und gebeten werden, zu einer anderen Zeit wiederzukommen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, Missbrauch bleibt Missbrauch, auch wenn er geschickt angelegt ist. Sehr schnell kommen Schadenssummen in Millionenhöhe zusammen. Der Schaden entsteht den Vertragsärzten, nicht den Krankenkassen. Nicht nur wegen der ohnehin knappen Finanzressourcen zur Honorierung vertragsärztlicher Leistungen kann die KVWL es nicht hinnehmen, dass einzelne Mitglieder zu tief

in die Kasse greifen. Da schützt auch nicht die Behauptung, man habe das nicht gewusst. Die KVWL lässt sich auch nicht durch die Drohung erpressen, die Tätigkeit als Vertragsarzt aufzugeben und damit ein Versorgungsproblem auszulösen. Diese Drohung zeugt nicht nur von fehlendem Unrechtsbewusstsein, sondern auch von einem kruden Rechtsverständnis. Ihnen, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen kann ich nur raten: Lassen Sie sich nicht vor einen Karren spannen, den andere aus dem Dreck ziehen müssen und nicht Sie!

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, unsere Arbeit als Vorstand ist herausfordernd und spannend. Das betrifft sowohl die Verhandlungssituation in Land und Bund, als auch die politische Arbeit insbesondere in Berlin für die Interessen unserer Mitglieder. Meinem Bericht können Sie auch entnehmen, dass es Themen gibt, die auch für uns unangenehm sind. Es macht uns keinen Spaß, gegen ansonsten hoch angesehene Kollegen vorzugehen. Allerdings ist dies ebenfalls im Interesse aller Mitglieder und unseres Gerechtigkeitsempfindens. In unserem Einsatz erst einmal für alle und im zweiten Schritt für das Individuum werden wir nicht nachlassen.