

Bericht des 1. Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe (KVWL), Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden, anlässlich der Vertreterversammlung am 12. Dezember 2015 in Dortmund

Es gilt das gesprochene Wort.

Sehr geehrte Kolleginnen,
sehr geehrte Kollegen,

heute habe ich für Sie nur ein Thema vorbereitet.

Aber freuen Sie sich nicht zu früh. Gerd Nordmann sagt: Der Dryden kann nur lang! Diese Aussage werde ich mit meinem Vortrag heute nicht widerlegen. Ich bin mir aber sicher, dass Sie mir nachher zustimmen: Für das positive Ergebnis, welches ich zu berichten habe, wird sich Ihre investierte Zeit allemal gelohnt haben!

Die Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarung 2016 ist in trockenen Tüchern! Diese Aussage ist die Pflicht. Wir sind gesetzlich angehalten, bis November eines jeden Jahres eine Arznei- und Heilmittelvereinbarung abzuschließen und Richtgrößen zu definieren. Das haben wir getan. Sie werden nach dieser Einleitung fragen, wo ist das Neue, das Berichtenswerte? Sie kennen die Antwort von der Weihnachtsbescherung: Es ist nicht die Verpackung, sondern der Inhalt, auf den es ankommt. Ihnen diesen Inhalt auszubreiten benötige ich Ihre Zeit.

Sie erinnern sich vielleicht an die oft erzählte Vorgeschichte zu meinem Einstieg in die Berufspolitik: Gegen mich wurde ein Prüfungsverfahren wegen unwirtschaftlichem Ordnungsverhalten in Gang gesetzt. In dem lauterem Bewusstsein, medizinisch alles richtig gemacht zu haben, habe ich mir die Frage gestellt, wie die da in Dortmund eigentlich ticken. Die Antwort habe ich in der KVWL gesucht, bin sehr schnell in einen Prüfungsausschuss als Mitglied eingestiegen und habe die andere Seite kennen gelernt.

Ich habe für mich festgestellt, dass die Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nicht transparent erschienen, dass eine fast unüberbrückbare Kluft zwischen meiner medizinischen Entscheidung und der rein merkantilen Betrachtung der Verordnungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung bestand. Die Qualität der medizinischen Behandlung blieb weitgehend außen vor.

Ich war dabei stets überzeugt, dass dieses problematische System sei geändert werden müsse. Diese Gewissheit war und ist mein Antrieb, meine Motivation und sicherlich auch der Auftrag all' derjenigen, die mich immer wieder in Ämter gewählt haben. Diesen Stempel trage ich auch noch heute!

Ich bin stolz darauf, dass ich einiges aktiv angehen und zum Nutzen der Kolleginnen und Kollegen umsetzen konnte. Seit 2001 gehöre ich dem Vorstand der KVWL an. Als hauptamtlicher Vorstand war ich von Anfang an verantwortlich für die Steuerung der Arzneimittelausgaben. In diese Zeit fiel glücklicherweise die politische Entscheidung, die Prüfstelle autonomer zu machen und von der KV zu trennen. Das war eine gute Entscheidung. Wir konnten uns von diesem Zeitpunkt an als Partei auf Seiten unserer Mitglieder definieren. Insbesondere Dr. Flume ist es zu verdanken, dass wir seit 2006 als erste KV in Deutschland einen neuen Wind in die Arzneimittelsteuerung brachten: Wir führten die Zielvereinbarungen ein, die in den Folgejahren auch in die Bundesrahmenvereinbarungen Einzug hielten. Unser eigenes Ziel war es, den Ärzten bei der Verordnung Orientierung zu geben. Diese Vorgabe sollte der ärztlichen Denkweise entsprechen und intuitiv umsetzbar sein. So haben wir damals umsatzstarke Arzneimittelgruppen darauf geprüft, welche Substanzen in ihnen am besten bezüglich ihrer Wirksamkeit dokumentiert waren. Das wurden unsere Leitsubstanzen.

Der Erfolg dieser Maßnahme war schnell spürbar. In kurzer Zeit gelang es uns, die Zahl von Richtgrößenprüfungen deutlich zu reduzieren. Inzwischen sind wir auf einem Level angelangt, an dem es erlaubt ist zu fragen, ob sich der Aufwand mit Richtgrößenberechnung, Prüfung auf Praxisbesonderheiten, Prüfverfahren, also der gesamte Einsatz personeller Kompetenz für diesen Weg überhaupt noch lohnt.

Die Richtgrößenprüfung ist faktisch tot! Und das ist auch gut so! Unter den seit den 90er Jahren geltenden restriktiven gesetzlichen Rahmenbedingungen haben wir in Westfalen-Lippe damit einen enorm wichtigen Meilenstein für die Kolleginnen und Kollegen erreicht.

Die monetäre Betrachtung der Verordnungen passt auch nicht mehr in die Zeit. Mit der Richtgrößenprüfung erreichen wir nur ein eingeschränktes Segment verordnungsfähiger Arzneimittel, vorrangig den Festbetragsmarkt. Dieser ist aber inzwischen durch einen Preisverfall und durch flächendeckende Rabattverträge der Krankenkassen gekennzeichnet. Dennoch steigen die Arzneimittelausgaben weiter an. Das jedoch kann uns nicht egal sein, da wir als Kollektiv für die Höhe der Arzneimittelausgaben haften.

Also stellte sich die Frage, wie man einerseits die Verordnungssteuerung für den Arzt nachvollziehbarer und verständlich machen, dem Patienten eine gute Versorgung mit wirksamen Arzneimitteln sichern und dabei auch die Kostenentwicklung in den Griff bekommen kann.

So habe ich meinen Kreuzzug gegen die Richtgrößenprüfung gestartet. Nur langsam gelang es, bei der Politik ein Verständnis für die Absurdität der Richtgrößenprüfungen zu erzielen. Der Durchbruch gelang letztlich in einer Dorfkneipe im Münsterland, wo drei Menschen zusammen saßen und diskutierten: ein Kassenvorstand, ein Gesundheitspolitiker und ich. Wir einigten uns auf die Formel, dass ablösende Vereinbarungen zur Richtgrößenprüfung möglich werden sollten. Diese Formel hat dann Einzug in den Koalitionsvertrag gehalten. Mit der Gesetzesnovelle wurde sogar die Richtgrößenprüfung als Regelprüfung vollständig gestrichen.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das war ein weiterer, wichtiger Meilenstein. Der Gesetzgeber hört endlich auf die Stimme der Vernunft. Aus meiner Sicht war es aber auch nur ein Etappensieg, ein Teilerfolg. Jetzt aber geht es an die Umsetzung in einer Form, dass Patienten, Ärzte und Kassen davon profitieren.

Ich war anfangs darüber enttäuscht, dass der Gesetzgeber die Umsetzung dieser neuen Norm erst für 2017 vorsah. Heute sehe ich das entspannter. Diese Frist gibt uns Zeit, unseren neuen Weg und unsere Instrumente zu testen und zu optimieren. Wir werfen die Kollegen nicht gleich allesamt ins kalte Wasser. Auch sie können den neuen Weg langsam erfahren und sich daran gewöhnen. Doch wie sieht dieser Weg konkret aus?

Vergleichen wir an dieser Stelle die Wirtschaftlichkeitsbetrachtungen der Vergangenheit mit unseren Zielen für die Zukunft. Richtgrößenprüfungen sind für den Arzt intransparent. Er weiß nicht, welche Kosten eine Verordnung gegenüber der Krankenkasse bewirkt. Er weiß nicht, wie hoch die Gesamtrechnung gegenüber den Krankenkassen ausfällt. Er beurteilt seine Verordnungen rein medizinisch, nicht merkantil. Die Richtgrößenprüfungen verfehlen große, kostenseitig tendenziell erheblich steigende Verordnungssegmente. Die Kosten steigen stärker, als die Einsparungen auf anderer Seite bewirken. Der Patient muss sich teilweise seine Medikation erkämpfen, weil der Arzt Sorge hat, seine Budgets zu verfehlen und dafür in Haftung genommen zu werden. Meine Quintessenz daraus: Die Richtgrößenprüfungen versagen zunehmend.

Mit unserer neuen Herangehensweise wollen wir die ärztliche Denkweise aufgreifen, die notwendige Versorgung der Versicherten sichern und die Qualität verbessern. Gleichzeitig wollen wir die Ausgaben der Krankenkassen in diesem Segment stabilisieren. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, jeder Euro, den die Krankenkassen an anderer Stelle ausgegeben haben, steht nicht mehr für die ärztliche Versorgung zur Verfügung!

Unser Weg in die neue Zeit enthält altbekannte Instrumente wie die Definition von Richtgrößen je Fachgruppe, die Definition von Leitsubstanzen mit Zielquoten und die Frühinformation durch die KVWL an ihre Mitglieder. An dieser Stelle werden Sie sagen, dass Sie das alles bereits kennen und sich fragen, wo bleibt denn nun das Neue?

Grundsätzlich neu ist die Stufung und Wirkung.

Dem Gesetz folgend haben wir wieder Richtgrößen vereinbart. Wie der Gesetzgeber es vorsieht, haben wir diese Richtgrößen zudem nach Altersgruppen differenziert. Bislang ist eine Überschreitung der Richtgrößen um 25 Prozent oder mehr das Aufgreifkriterium für die Vermutung einer unwirtschaftlichen Verordnungsweise. Das ist jetzt Vergangenheit. Die Richtgrößen rücken in die zweite Reihe und werden für die absolute Mehrheit unserer Mitglieder ausgeschaltet.

Wie funktioniert das?

Die Leitsubstanzen erhalten mit unserer neuen Vereinbarung Bedeutung als Instrument des Regressschutzes. Ein Arzt, der seine Quoten für die Leitsubstanzen erfüllt, ist künftig wirtschaftlich. Eine Richtgrößenprüfung findet gegen ihn nicht mehr statt.

Da der Wurm in der Regel im Detail steckt, erlaube ich mir, Ihnen dieses Prinzip etwas näher zu erläutern.

Der Katalog der Leitsubstanzen wird erweitert. Zudem wird er in zwei Listen gesplittet: Liste A, die quantitative Ziele enthält, und Liste B mit qualitativen Zielen.

Die Liste A entspricht inhaltlich der Liste der bisherigen Leitsubstanzen. Sie enthält 15 definierte Arzneimittelgruppen. In jeder dieser Gruppen sind entweder Höchstquoten für die Verordnungshäufigkeit oder Mindestquoten vorgesehen. So werden ezetimibhaltige Lipidsenker als Mittel der Reserve eingestuft und sollen am Gesamtverordnungsvolumen der Statine und deren Kombinationen maximal in 3 % verordnet werden. In der oralen Antikoagulation sollen mindestens 67 % der verordneten Dosen auf Vitamin-K-Antagonisten, also Phenprocoumon, entfallen. Für die neuen Antikoagulantien errechnet sich damit eine Maximalquote von 33 %. Von denen sollen dreiviertel preisgünstige NAOs sein, wie Apixaban, Edoxaban etc.

Die Liste B erfasst Verordnungsziele wie die vorrangige Verordnung von Biosimilars, Berücksichtigung der Rabattverträge oder den Verzicht auf den Ausschluss von aut-idem Substitution bei generikafähigen Arzneimitteln.

Die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung auf Basis dieser beiden Listen erfolgt nach einer Ampelsystematik. Grün, also uneingeschränkt wirtschaftlich, ist die Verordnungsweise innerhalb einer Leitsubstanz oder eines qualitativen Zieles dann, wenn z.B. die Quote positiv erreicht wurde. In der bisherigen Betrachtungsweise war, um im Ampelschema zu bleiben, alles rot, was nicht grün war. Das haben wir geändert. Aus der Gruppe der Verordner, die das Einzelziel nicht erreichen, werden die 50 %, die dem Ziel am Nächsten kommen, ampeltechnisch als gelb eingestuft. Im Verkehrsrecht müssen sie in der Gelbphase die Kreuzung räumen, müssen vor der gelben Ampel aber nicht zwingend stehen bleiben. So wirkt auch der gelbe Bereich. Er gilt ebenfalls als wirtschaftlich, soll den Arzt aber darauf aufmerksam machen, dass er das Einzelziel nicht ganz erreicht hat. Er soll daraufhin prüfen, ob es nicht doch möglich ist, seine Verordnungsweise in Richtung Ziel zu optimieren. Er wird aber prüftechnisch nicht belastet.

Das Ganze hört sich vielleicht etwas komplex an, in der Umsetzung ist es aber einfach. Die erste Botschaft lautet, wer im grünen oder gelben Bereich landet, gilt als wirtschaftlich. Eine Richtgrößenprüfung entfällt. Ideal wäre es, diese Systematik durch eine Softwarelösung im Praxisverwaltungssystem zu unterstützen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, die Reaktion einiger Kassenmitarbeiter in den Verhandlungsrunden lautete: Dann haben wir ja demnächst keine Prüfungen mehr. Ich kann darauf nur entgegnen, dass wir bei durchgängig wirtschaftlicher Verordnungsweise auch keinen Grund mehr für solche Prüfungen haben. Zudem haben die Kassen ja auch den Nutzeffekt, kein Geld für unwirtschaftliche Verordnungen ausgegeben zu haben und sich dieses Geld über einen komplexen, streitbehafteten und teuren Weg wieder zurückholen zu müssen. Also haben doch alle drei Partner im System etwas davon: Der Patient erhält ohne Umwege und Hinweis auf ein drohendes Budget das für ihn notwendige Medikament, der Arzt hat Sicherheit bei seiner Verordnung und die Krankenkassen geben kein unnötiges Geld aus. Eine typische win-win-win Situation!

An dieser Stelle werden Sie wahrscheinlich einwenden, dass eine Praxis evtl. nicht alle für sie geltende Ziele in Gänze erfüllen können und dann wegen nur eines Wirkstoffes in die Wirtschaftlichkeitsprüfung fällt. Hier kann ich jedoch Entwarnung

geben. Vor der Wirtschaftlichkeitsprüfung gibt es noch zwei Schritte, die die Praxis entlasten können.

1. Saldierung der Zielerreichung: Jeder Fachgruppe werden aus den 15 Leitsubstanzen besonders relevante Gruppen zugeordnet. So erhalten die Hausärzte acht unterschiedliche Leitsubstanzen, die fachärztlichen Internisten sechs, die Nephrologen vier, die Psychiater vier. Werden alle Ziele im gelben oder grünen Bereich erreicht, gilt die Verordnungsweise insgesamt als wirtschaftlich. Eine Richtgrößenprüfung erfolgt nicht. Dasselbe gilt, wenn die Ziele überwiegend erreicht werden, d.h. sind für eine Fachgruppe drei Ziele definiert, ist es unschädlich, in einem die Zielvorgaben verfehlt zu haben, ab fünf definierten Zielen gilt dies für zwei verfehlt und ab sieben Zielen für drei.
2. Werden mehr Ziele verfehlt, als gerade dargestellt, wird in der zweiten Stufe nach der Einhaltung der Richtgrößen geschaut. Sind diese nicht mehr als 25 % überschritten, erfolgt ebenfalls keine Maßnahme im Sinne der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, auch aus anderen Blickwinkeln wird ein Schuh aus der neuen Regelung:

Heute wird vielen Patienten entgegen gehalten, dass das Budget für die Verordnung von Arzneimitteln erschöpft ist. Dann wird entweder nicht verordnet oder der Patient zu einem anderen Arzt überwiesen, der die Verordnung übernehmen soll. Das ist ein bekanntes Instrument, mit dem gerade Patienten mit einer kostspieligen Medikation oftmals auf die Wanderschaft geschickt werden. Das ist nun vorbei.

Ich möchte das an einem Beispiel darstellen: In der Behandlung von Rheumapatienten nehmen innovative Arzneimittel eine zunehmend bedeutsame Rolle ein. Sie sind wirksam, aber auch teuer. Damit bestand bislang das Risiko, mit wenigen Patienten die Richtgröße für Arzneimittelverordnungen zu sprengen. Das ist fortan Geschichte. Für Rheumatologen sind zwei Ziele vereinbart: für Tumornekrosefaktor-alpha-Inhibitoren (TNF-alpha-Inhibitoren) und für Infliximab. Hält ein Rheumatologe die Ziele bei der strukturellen Auswahl der Medikamente ein – in

diesem Fall vorrangige Verordnung von preisgünstigen Biosimilars -, wird er in der Wirtschaftlichkeitsbetrachtung nicht mehr an den Kosten der Medikation gemessen. Das ist ein doppelter Vorteil für den Patienten: Er erhält das notwendige Medikament und wird nicht zwischen verschiedenen Ärzten auf die Wanderschaft geschickt. Das ist auch ein Vorteil für den Arzt: Er kann angstfrei vor Regress das richtige Medikament verordnen. Und das ist ein Vorteil für die Krankenkassen: Die Kosten in diesem expansiven Markt können sie nun gezielt über Rabattverträge selber beeinflussen.

Wer sich mit seiner Ordnungsweise durchgehend an seine Zielvorgaben hält und in den zur Frage stehenden Indikationsgebieten ausschließlich die empfohlene Leitsubstanz verordnet, kann sich sicher sein, wirtschaftlich gehandelt zu haben. Nun wissen wir als Ärzte alle, dass eine 100%-Quote Unsinn ist, da es Patienten gibt, die das eine oder andere Therapieprinzip nicht vertragen. Dafür muss eine hinreichende Flexibilität eingerechnet werden. Mein Grundsatz: Eine 100 % Quote wird es mit uns nicht geben!

Nur, wie geht ein Arzt damit um, wenn mehrere seiner Patienten Unverträglichkeiten zu den Leitsubstanzen aufweisen? Wie kann er erfahren, dass er Gefahr läuft, nicht nur den grünen Bereich, sondern auch den gelben Korridor zu verlassen. Ideal wäre dies im Praxisverwaltungssystem selber zu lösen, wenn es bei der Verordnung eine auf die Leitsubstanz bezogene und eine Summenampel der bereits erfolgten Leitsubstanzen zeigen würde. Das aber ist noch Zukunftsmusik. Dazu bedarf es sowohl einer Schnittstelle ins PVS, eines Programmes, das über diese Schnittstelle die Informationen einspielt als auch der Bereitschaft der Hersteller von Praxisverwaltungssystemen, die Kommunikation mit ihrem Programm zu ermöglichen. Da sind also noch einige dicke Bretter zu bohren.

Unsere Vereinbarung enthält noch eine weitere Neuerung, die ich Ihnen nicht vorenthalten will. Ich hatte bereits einleitend darauf hingewiesen, dass in der Vergangenheit nur ein Teilsegment der Arzneimittelverordnung von der Steuerung wirksam erfasst wurde. Die Richtgrößenprüfungen erfassten weitgehend nur den Festbetragsmarkt, in dem die Preise konstant sinken. Die Musik in Bezug auf die Kosten spielt aber in dem bislang ausgeblendeten Segment, der

Spezialmedikationen und der Innovationen. Ermächtigte Ärzte und Institute konnten sich fast sicher sein, nie in eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu gelangen, während Vielverordner, wie z.B. Hausärzte dieses Joch eher spürten. Das ändert sich nun. Wir nehmen in unsere strukturelle Steuerung auch Innovationen und insbesondere nutzenbewertete Substanzen auf. Viel entscheidender ist jedoch, dass nicht die Auswahl des Therapieprinzipes, sondern die Auswahl des Fertigarzneimittels nun auch für die Spezialisten Prüfkriterium ist. Diesem müssen sie sich ebenso stellen, wie Hausärzte, Internisten und andere verordnende Ärzte. Das bedeutet, dass wir zukünftig zwar den Patienten die notwendige Therapie sichern, aber auch der Spezialist angehalten ist, einen preisgünstigen Weg zu beschreiten. Als Beispiel hierfür seien die Biologicals genannt. Gibt es similare Produkte, sind diese zu bevorzugen.

Deshalb passen wir unsere Frühinformation auf die neue Systematik an und zeigen den Kollegen zu den Zielsubstanzen ihrer Fachgruppe die relevanten Kennzahlen an. Ich habe Ihnen in Abstimmung mit dem Vorsitzenden der Vertreterversammlung ein Muster der neuen Frühinformation an Ihren Plätzen auslegen lassen. Sie können dann prüfen, ob der Informationsgehalt für unsere Mitglieder relevant und nachvollziehbar ist.

Wir, die KVWL, werden zeitnah alle Verordner darüber informieren, ob sie ihre Ziele erreichen oder verfehlen. Diese Frühinformation unterscheidet sich erheblich von der Ihnen bekannten. Die aktuelle Frühinformation bezieht sich auf die Arzneimittelkosten je Patient. Das ist fehleranfällig. So ist die Information bis zur Jahresmitte eher eine grobe Schätzung. Sie basiert auf Teildaten eines Jahres und rechnet diese hoch. Ein wesentliches Fehlerpotenzial liegt in der Fallzahl, die über die KVWL abgerechnet wird. Bei Ärzten, die am Knappschaftsarzt- oder Selektivvertrag teilnehmen, kennen wir die tatsächliche Fallzahl nicht, bekommen aber, ohne differenzieren zu können, die Rezeptdaten. So erzeugen wir in diesen Konstellationen zu hohe Verordnungsdaten. Die Frühinformation verfehlt ihren Informationswert. Indem wir nun nicht mehr den Preis je Patient, sondern die Verordnungsstruktur in der Gesamtverordnungsmenge anschauen, verliert der beschriebene statistische Effekt seine Problematik.

Diese Frühinformation erhalten alle unsere Mitglieder, die Arzneimittel verordnen. Neben der Frühinformation werden wir auch unsere Beratungen intensivieren. In dieser Beratung werden wir allerdings vorerst Schwerpunkte setzen, indem wir zuvörderst die Kolleginnen und Kollegen informieren, die sich mit ihren Verordnungen außerhalb der gefahrfreien Korridore befinden. Ihnen werden wir durch schriftliche und auch persönliche Beratung helfen, in ungefährliches Fahrwasser zu gelangen. Damit beginnen wir ein Aktionsfeld der KVWL, das ich in den nächsten Jahren weiter ausbauen möchte: die präventive Information und Hilfe durch die KVWL in demnächst allen relevanten Bereichen der Praxisführung, soweit sie für uns als KV aus Routinedaten erkennbar sind. Mit diesem Ziel, das ich in den kommenden fünf Jahren erreichen will, wird die KVWL mehr denn je ihrer Aufgabe als Interessenvertretung ihrer Mitglieder gerecht. Sie wird zum echten Partner der Vertragsärzte in ihrem Geltungsbereich. Sie dürfen dies gerne als Teil meiner Vision 2020 ansehen.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, erlauben Sie mir an dieser Stelle, meine Vision noch zu erweitern, allerdings um ein Segment, das wir nicht selber steuern können: Die Kostenverantwortung. Aus meiner Sicht sind wir Vertragsärzte nicht für die Kostenentwicklung verantwortlich. Die Rolle der Krankenkassen habe ich bereits beschrieben. Wie ist aber die Rolle der Industrie in der Zukunft? Momentan sehen wir einen innovativen Arzneimittelmarkt, auf dem nach meiner Wahrnehmung inzwischen Mondpreise verlangt werden. Um dies in einem System, wie dem Deutschen Gesundheitswesen tragen zu können, muss man an dieser Stelle auch über neue Instrumente nachdenken können.

Aktuell haften wir als Ärzte über die Gesamtverträge für die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen. Warum eigentlich? Die Musik macht doch inzwischen die Preisgestaltung! Nach meiner Kenntnis wird nach der Nutzenbewertung durch den GBA für neue Arzneimittel zwischen Krankenkassen und Industrie der Preis verhandelt. In diesen Verhandlungen spielen unter anderem die Einsatzgebiete und auch die prospektive Verordnungsmenge eine Rolle. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, warum denkt man diesen Weg nicht konsequent weiter? Es wäre doch nur logisch, über die geschätzte Mengenkategorie und den ausgehandelten Preis ein Budget zu definieren, ein Budget, für dessen Einhaltung die Verhandlungspartner

verantwortlich sind, hier insbesondere die Industrie. Hat sie die Umsatzziele der Verhandlung erreicht, werden die Erstattungen der Krankenkassen an die Firma erheblich abgesenkt. Das wäre dann eine Art Richtgröße, die für die Pharmaindustrie wirkt und nicht gegen die Ärzteschaft!

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen finden trotz Abschaffung der Richtgrößen natürlich weiterhin statt. Die Vertragspartner auf Bundesebene waren vom Gesetzgeber beauftragt, Rahmenvereinbarungen für die Wirtschaftlichkeitsprüfung bundesweit festzulegen, um einen Mindeststandard zu definieren. Ich habe auch daran teilgenommen. Es ist uns gelungen, Lösungen für Probleme der Vergangenheit zu finden.

Der Kreis der Gruppierungen, die durch die Prüfstelle auf Wirtschaftlichkeit geprüft werden sollen, ist erweitert worden. Die Prüfstelle kann nun von den Krankenkassen damit beauftragt werden, Prüfungen bei Teilnehmern von Selektivverträgen gemäß §§ 73 b SGB V und 140 a SGB V nach denselben Kriterien durchzuführen, wie sie für Vertragsärzte gelten. Auch Krankenhausambulanzen, Institutsambulanzen, Hochschulambulanzen, Medizinische Versorgungszentren, psychiatrische Institutsambulanzen werden künftig nach diesen Maßstäben prüfbar.

Das Entlassmanagement, im Rahmen desselben vom Krankenhaus verordnete Leistungen und ambulant an Krankenhäusern erbrachte Leistungen stehen künftig ebenfalls im Blickfeld der Prüfstellen. Damit ist eine Lücke geschlossen worden, die man aus Sicht der bislang von Wirtschaftlichkeitsprüfung Bedrohten oder Betroffenen als ungerechtfertigt ansehen musste. Dieser Lückenschluss erfolgte auch auf Wunsch der Kassenseite, die in den beschriebenen Feldern erhebliche wirtschaftliche Risiken für sich erkannt hatten.

Unsere Zielpunkte lagen auf Problemen der Vergangenheit. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, der Gesetzgeber hat erst vor kurzer Zeit das Prinzip der Beratung vor Regress geschärft. Nur, wem nützte es? Ich habe eingangs auf meine Ursprungsmotivation für das berufspolitische Engagement hingewiesen: Ein Prüfverfahren vor nunmehr fast 35 Jahren. Seitdem habe ich kein weiteres Verfahren mehr durchlaufen müssen. Aber was wäre geschehen, wenn ich jetzt doch eine

Prüfung hätte durchstehen müssen, an deren Ende eine Maßnahme gestanden hätte? Aus Sicht der Kassen ist es bis heute klar, dass ich nicht für das Prinzip Beratung vor Regress infrage käme, weil ich schon einmal eine Prüfung gehabt habe. Diesen Makel trug ich also ein gesamtes Arztleben mit mir herum. Jetzt endlich ist Schluss damit!

Ich habe energisch dafür geworben, auch Bestandsärzte von vorangegangenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen zu entlasten. So ist es in den Verhandlungen gelungen, eine „Bewährungsfrist“ einzuführen. Der Begriff „Bewährungsfrist“ ist rechtlich in diesem Zusammenhang zwar nicht korrekt, ich bin mir aber sicher, dass Sie verstehen, was damit gemeint ist: Hat ein Arzt fünf Jahre lang keine Maßnahme, einschließlich Beratung, erhalten, gilt er künftig im Sinne der Beratung vor Regress als erstmalig auffällig. Er kann also nicht gleich einen Regress bekommen, sondern muss individuell beraten werden.

Für neu niedergelassene Vertragsärzte ist eine Schonfrist von 2 Jahren aufgenommen worden. Kollege Metke aus Baden-Württemberg nennt dies „Welpenschutz“. Diese werden nicht in die Wirtschaftlichkeitsbetrachtung einbezogen. Wir als KVWL haben damit die Möglichkeit, diese Kolleginnen und Kollegen schon in einer Zeitspanne zu informieren und sie vor später drohendem Schaden zu bewahren, in der sie noch nicht belastet werden können. Erkennen Sie meine Agenda 2020 wieder: Prävention, Service und Interessenvertretung durch die KVWL!?

Eine weitere Klarstellung zur Entlastung unserer Mitglieder im Sinne der Prüferentlastung ist in der Form gelungen, als künftig auch eine Beratung, die im Laufe des Gespräches als gegenstandslos erkannt wird, als nicht erfolgt gilt. Musste bisher ein Arzt damit rechnen, als nächste Maßnahme einen Regress verhängt zu bekommen, ist sein Anspruch auf Beratung vor Regress jetzt nicht mehr verwirklicht!

Auch die Form der Beratung wird in der Rahmenvereinbarung geregelt. Sie erfolgt individuell und in der Regel mündlich. Schriftliche Beratung ist nur dann möglich, wenn die Vertragspartner auf Landesebene das explizit so vorsehen. Zudem hat die Beratung fachlich qualifiziert zu erfolgen. Es reicht also nicht mehr, sich auf statistische Vergleiche zurück zu ziehen. Die Beratung erhält deutlich mehr

medizinische Substanz. Dem können wir als Ärzte folgen. Wir können in dem Metier, das wir erlernt haben und gerne betreiben, angemessen argumentieren. Wir fühlen uns nicht mehr ausgeliefert.

Die so geforderte individuelle, qualifizierte Beratung kann die Prüfstelle derzeit nicht selber leisten, weil die dafür notwendige Kompetenz nicht hat. Wir können aber als KV die Prüfstelle an dieser Stelle fachlich unterstützen. Es wird also Augenhöhe zwischen dem Berater und dem Beratenen hergestellt. Das ist aus meiner Sicht ein wichtiger Fortschritt.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, mit unserer Arzneimittel- und Heilmittelvereinbarung wie auch über die Rahmenvereinbarung der KBV mit dem GKV Spitzenverband sind Meilensteine in Bezug auf eine medizinisch orientierte Wirtschaftlichkeitsbetrachtung erreicht. Der Patient erhält die notwendige Therapie, ohne dass der Arzt Sorge um eine existentielle Bedrohung durch nicht nachvollziehbare Budgets haben muss. Der Arzt erhält Transparenz hinsichtlich der Definition dessen, was als wirtschaftlich gilt. Er kann also selbstbewusst verordnen. In der Konkurrenz zwischen Vertragsärzten, Kliniken, Instituten etc. wird mehr Chancengleichheit erzeugt. Es kann also nicht mehr mit dem Rezeptblock um Kunden, die für uns Patienten heißen, geworben werden.

Ärzten wird im Prüfverfahren der Rücken gestärkt. Neu niedergelassene Kolleginnen und Kollegen erhalten eine Eingewöhnungszeit, Bestandsärzte schleppen einmal erfolgte Maßnahmen nicht mehr ein Arztleben lang mit sich herum.

Liebe Kolleginnen und Kollegen, nutzen Sie diese Instrumente sorgfältig. Wir haben immer noch eine Verantwortung für die Kostenentwicklung. Diese haben wir in Westfalen-Lippe sehr konsequent eingehalten und damit ja auch in den vergangenen Jahren einen Zuschlag auf unsere Gesamtvergütung erhalten. Diesen wollen wir auf keinen Fall gefährden.

Auch erinnere ich daran, dass ich von einer win-win-win Situation gesprochen habe. Die tritt nur ein, wenn Kostenentwicklungen maßvoll erfolgen. Daher bitte ich Sie und alle unsere Mitglieder sowohl die qualitativen als auch die quantitativen Ziele zu

beachten und umzusetzen. Tun Sie das, würde einer meiner Träume und auch die Sorge des vorhin einmal erwähnten Kassenmitarbeiters Wahrheit werden „dann gibt es keine Wirtschaftlichkeitsprüfungen mehr“.

Eine Verstärkung dieser Aussage kann sich bei der Heilmittelverordnung ergeben. In weiteren Verhandlungen zu Praxisbesonderheiten ist es auf Bundesebene zudem gelungen, drei wichtige Teilziele zu erreichen: die Heilmittelversorgung von geriatrischen Patienten wird nicht an die Vorstellung in einer geriatrischen Institutsambulanz gekoppelt, sondern an das Lebensalter. Verordnungen bei Patienten der Generation 70 plus gelten als Praxisbesonderheit. Auch im Bereich der Pädiatrie ist es möglich gewesen, den Vertragspartnern bestimmte Stimm-, Sprech- und Sprachstörungen als Praxisbesonderheit abzutrotzen. Bei richtiger Kodierung der bestehenden Erkrankung wird dies eine erhebliche Entlastung unserer pädiatrisch tätigen Kolleginnen und Kollegen bedeuten. Wir haben zudem auch über die Einbeziehung der Verordnungen bei Frakturen verhandelt. In diesem Komplex ist über die Anerkennung der osteoporotisch bedingten Frakturen ein Einstieg gelungen.

Meine Konsequenz lautet: wir haben wichtige, erfolgreiche Schritte gemacht. Die Schritte und der damit zurückgelegte Weg sind noch nicht das Ziel. Das liegt noch vor uns und ist meine Agenda 2020: die KVWL ein echter und akzeptierter Partner ihrer Mitglieder.