

**Bericht zur Lage des 1. Vorsitzenden der KVWL, Dr. Wolfgang-Axel Dryden,  
anlässlich der Vertreterversammlung am 3. Dezember 2016 in Dortmund**

***Es gilt das gesprochene Wort.***

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

da heute die letzte Vertreterversammlung der 14. Amtsperiode stattfindet hatte ich ursprünglich vor, Ihnen noch einmal einen Rückblick auf unsere gemeinsamen Leistungen der abgelaufenen sechs Amtsjahre zu geben. Meine persönliche Bilanz der auslaufenden Amtsperiode hatte ich Ihnen aber bereits auf der letzten Vertreterversammlung präsentiert. Da wir bestimmte Termine einhalten mussten und zudem die Gesetzgebungsmaschine des Bundesministeriums offensichtlich immer noch auf Hochtouren läuft, sehe ich allerdings schon die Notwendigkeit, Sie diesbezüglich auf den aktuellen Stand zu bringen.

Bevor ich mit meinem Bericht auf die bundespolitische Ebene gehe, möchte ich Sie darüber informieren, dass wir fristgerecht mit den Krankenkassen für Westfalen-Lippe eine Arznei- und Heilmittelvereinbarung abgeschlossen haben. Mit diesem Abschluss gehen wir konsequent den Weg weiter, den wir letztes Jahr begonnen haben. Wir definieren Leitsubstanzen, wir definieren Zielfelder und bewerten darüber die qualitative Wirtschaftlichkeit der Verordnungen. Damit teilen wir die Definition von Wirtschaftlichkeit in zwei Bereiche mit unterschiedlicher Verantwortlichkeit. Mit Richtgrößenprüfungen etc. ist in der Vergangenheit fast ausschließlich auf die ökonomische Seite der Wirtschaftlichkeit geschaut worden. Diese mag dem Arzt vielleicht noch in früheren Jahren teilweise eingänglich gewesen sein, die Transparenz ist aber sehr schnell verloren worden. Damit meine ich nicht allein den Blindflug bei Durchschnittsprüfungen, sondern insbesondere die Einführung und Umsetzung von Rabattverträgen. Die damit erzielten Preisvereinbarungen sind stets als Betriebsgeheimnis der Krankenkassen behandelt worden. Damit hatte der Arzt in Westfalen-Lippe bei 72 % der von ihm verordneten DDD's, entsprechend 2/3 seiner Verordnungen gar keine Transparenz über die Kosten, die mit seiner Verordnung verbunden waren. Schrieb der Arzt ein im Apothekenverkaufspreis günstiges Generikum auf und hatte die Krankenkasse mit dem Originalhersteller einen Rabattvertrag, musste der Apotheker die ärztliche Verordnung

in den Rabattvertrag substituieren. Hatte die Kasse gut verhandelt, sanken die Kosten für die Kasse durch diese Aktion. Für den Arzt stiegen aber die Kosten auf seinem Budgetkonto, weil ihm nicht der rabattierte sondern der Apothekenverkaufspreis angelastet wurde. Geschah dies häufig, konnte er trotz einer im Grunde sparsamen Verordnungspraxis (preiswertes Generikum) in eine regressauslösende Gefahrenzone geraten. Die Erträge der Krankenkassen wurden nach Gesetz erst vom Regress abgezogen. Es wurde nie betrachtet, ob der Arzt durch seine Verordnungspraxis oder durch die Substitution seiner Verordnung in den Verdacht einer ökonomischen Unwirtschaftlichkeit geriet.

Das wollen wir besser machen. Wir lehnen die ökonomische Verantwortung für die Arzneimittelausgaben der Krankenkassen ab. Deren Verhandlungskompetenz ist mit dem Ziel auch für innovative Substanzen wirtschaftliche Preise zu erreichen, mit dem Arzneimittelneuordnungsgesetz erweitert worden. So wird es künftig kaum noch mehr ein Arzneimittel geben, für das die Krankenkassen nicht die Möglichkeit hätten, für die Versorgung wirtschaftliche Preise zu verhandeln und zu erreichen. Das ist Verantwortung der Kassen und nicht der Ärzte!

Daher setze ich auf die zweite Ebene einer Wirtschaftlichkeitsbetrachtung, die qualitative. Grundmotto ist: Der Arzt stellt verantwortlich die Indikation und wählt für den richtigen Patienten zum richtigen Zeitpunkt das richtige Arzneimittel in der richtigen Dosierung und Behandlungsdauer. Dafür bin ich als Arzt gerne bereit einzustehen. Das ist meine berufliche und ethische Aufgabe!

Dieses Ziel verfolgen wir mit unseren Leitsubstanzen und den Zielkorridoren dazu.

Nun können Sie mir vorhalten, dass ich immer noch Richtgrößen vereinbart habe. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen damit haben Sie grundsätzlich Recht. Aber schauen Sie sich diese Lösung noch aus einem zweiten Blickwinkel an: Die Richtgrößen werden erst wirksam, wenn ein Verordner die Zielvorgaben massiv verfehlt. Für mich stellen momentan die Richtgrößen in der zweiten Ebene noch eine Art Auffangnetz dar. Ich möchte nicht, dass durch eine neue Struktur der Steuerung und Bewertung mehr Kolleginnen und Kollegen als zuvor in eine Prüfung oder gar einen Regress geraten. Das wird durch diese zweite Ebene garantiert. Für fast das gesamte erste Jahr haben

wir ermutigende Hinweise darauf, dass unser System funktioniert. Ich möchte aber Sicherheit haben. Wenn sich nach zwei bis drei Jahren herausstellt, dass unsere neue Steuerung so effektiv ist, dass sowohl unsere Mitglieder, als auch die Kassen keinen Schaden dadurch erleiden, werden wir dieses Netz abbauen.

Nach diesen Ausführungen wende ich mich nun der Bundesebene zu.

Insgesamt drei Gesetzgebungsverfahren stehen momentan zur parlamentarischen Beratung und Entscheidung an: SVVSG, AMVSG und BtMVV, im Klartext Selbstverwaltungsstärkungsgesetz, Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz und Betäubungsmittelverschreibungsverordnung. Schauen wir sie uns kursorisch der Reihe nach an:

Selbstverwaltungsstärkungsgesetz: Die wesentliche Änderung des Kabinettsbeschlusses zu dem Ihnen bereits bekannten Referentenentwurf betrifft die Binnenstruktur der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Konnte bisher die KBV VV darüber entscheiden, ob sie zwei oder drei Personen in den Vorstand wählt, so gibt der Entwurf verpflichtend einen dreiköpfigen Vorstand vor. Man hofft offensichtlich durch diese Konstellation den Konflikt zwischen den Vorstandsmitgliedern zu entschärfen, der sich an dem letztentscheidenden Stimmgewicht des ersten Vorstandes entzündete.

Zusätzlich sieht der Kabinettsentwurf vor, dass in diesem Dreivorstand ein Mitglied keinem Versorgungsbereich angehören darf. Damit möchte man nach meiner Wahrnehmung dem Vorstand ein neutrales Element geben, welches bei Streitigkeiten ausgleichen soll.

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen, wir Westfalen sind überzeugte Befürworter eines dreiköpfigen Vorstandes, weil es hier in dieser Konstellation bestens funktioniert. Aber das ist auch in einer Dreierkonstellation keine Selbstverständlichkeit. Es kommt auch in einem solchen Team auf die Personen an. Auch ein Dreierteam funktioniert nur, wenn die Chemie stimmt. Das ist unser eigentliches Erfolgsgeheimnis in Westfalen-Lippe. Sie haben mit uns einfach entweder ein glückliches Händchen oder schlicht Glück gehabt.

Mit Blick auf die Regelung zu dem dritten Vorstandsmitglied muss der Gesetzgeber allerdings nachschärfen. Was meint er mit der Aussage, dass es keinem Versorgungsbereich angehören darf? Wäre damit eine Person mit der beruflichen Kompetenz von Dr. Köhler – Arzt ohne ärztliche Tätigkeit und Betriebswirt – bereits durch seine Facharztweiterbildung ausgeschlossen oder könnte ein Allgemein- oder Facharzt, ein Psychotherapeut, der nicht vertragsärztlich zugelassen oder ermächtigt ist, diese Funktion erfüllen?

Die Problematik der Regelung aus dem Referentenentwurf, dass für die Wahl zum ersten Vorsitzenden der Körperschaft ein 2/3 Quorum zu erfüllen ist, wird im Kabinettsentwurf entschärft. Diese Hürde besteht nur für die ersten zwei Wahlgänge. Wird sie nicht überschritten, muss im dritten Wahlgang zumindest die einfache Mehrheit erreicht werden. Ein solcher Wahlverlauf wäre aber eine deutliche Schwächung des ersten Vorsitzenden. Daher erhoffe ich mir, dass die verschiedenen Gruppen sich in Berlin zusammensetzen und ebenso wie Sie oder Ihre Nachfolger es letzten Mittwoch getan haben, einen stabilen Konsens hinbekommen.

Das Arzneimittelversorgungsstärkungsgesetz ist Ausfluss des Pharmadialoges. Von seinen Regelungen werden auch die Vertragsärzte tangiert. So soll ein standardisiertes Arzneimittelinformationssystem in das Praxisverwaltungssystem integriert werden. Über dieses AIS soll der Arzt Informationen zu Arzneimitteln erhalten, die die frühe Zusatznutzenbewertung durchlaufen haben und für die ein wirtschaftlicher Erstattungspreis verhandelt wurde. Grundsätzlich ist eine solche Information für Ärzte als Angebot hilfreich, sie darf aber den Arzt nicht überfrachten. Er muss entscheiden können, ob er diese Information wünscht oder nicht. Sie muss kurz und knapp sein. Es kann nicht sein, dass der Bildschirm bei Verordnung von Medikamenten mit Informationsfenstern gefüllt ist und die eigentliche Arbeit in der Behandlung des Patienten behindert wird.

Ein zweites Problem ist die Aufbereitung der GBA-Beschlüsse in der frühen Zusatznutzenbewertung. Die Dossiers sind extrem umfangreich. Für eine Verwendung in einem Arzneimittelinformationssystem muss der Inhalt des Beschlusses auf eine knappe Information kondensiert werden. Das aber kann nur der GBA leisten, damit der Beschluss durch den Konzentrationsprozess nicht verfälscht wird.

Der dritte Haken liegt bei der Interpretation des Beschlusses. Die Bewertung erfolgt in zwei Ebenen: 1. Grad des Zusatznutzens und 2. Validität der Aussage. So ist ein Beleg für einen hohen Zusatznutzen die bestmögliche Einstufung. Ein Anhaltspunkt für einen geringen Zusatznutzen liegt nur wenig über der Feststellung, dass kein Zusatznutzen nachgewiesen ist. In dieser Gradatation sind verschiedene Konstellationen möglich. Die Wertigkeit dieser Konstellationen ist aber nicht selbsterklärend. Ist ein Beleg für einen geringen Zusatznutzen weniger wertig, als ein Anhaltspunkt für einen hohen Zusatznutzen? Wie soll der Arzt diese Differenzierung in seine Therapieentscheidung einbinden? Oder reicht die einfache Aussage aus, dass ein Zusatznutzen vorliegt und ein wirtschaftlicher Erstattungspreis verhandelt wurde.

Der vierte Punkt, an dem wir zögern ist, dass in der Regel ein Zusatznutzen nur für Subindikationen festgestellt wird. Diese Subindikationen können aber praktisch nie durch eine ICD-Codierung abgebildet werden. Deshalb haben z.B. die Krankenkassenverbände die Vorstellung entwickelt, durch einen Marker bei der Verordnung auf dem Rezept zu bestätigen, dass eine zusatznutzenbehaftete Subindikation vorliegt. Damit haben wir aber Probleme! Einerseits bin ich mir nicht sicher, ob eine solche Codierung auf dem Rezept zulässig ist, zumal sie für Dritte eine weitgehende Identifikation der Indikation auf die Subindikation zulässt. Andererseits können die Krankenkassen eine fehlende Codierung zum Anlass nehmen, Regressanträge zu stellen. Das Ziel der Politik ist Sicherheit für den Arzt bei der Verordnung innovativer Arzneimittel. Die geschilderte Situation wirkt diesem Ziel aber entgegen.

Sie sehen, liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, gut gedacht ist nicht gut gemacht. Es gibt also noch recht viel an den Entwürfen zu ändern.

Übrigens, ist Ihnen aufgefallen, wie viele Stärkungsgesetze in der letzten Zeit angestoßen worden sind? Ich befürchte, dass wir bei so viel Stärkung bald vor Kraft nicht mehr laufen können. Ob das der Versorgung dient?

Eine Entwicklung in die richtige Richtung scheint die Überarbeitung der BtMVV zu sein. Damit soll die Behandlung von manifest Opiatabhängigen durch Substitution erleichtert werden. Regelungen, die ärztlich-therapeutische Sachverhalte betreffen, sollen

aus der Verordnung herausgenommen und durch Richtlinien der Bundesärztekammer ersetzt werden. Dazu zählen z.B. die Bewertung von Beikonsum, die Voraussetzungen für die Einleitung einer Substitutionsbehandlung, zur take home Vergabe, zur psychosozialen Betreuung etc. Im Rahmen dieses Gesetzgebungsverfahrens werden wir somit nicht nur die reinen Verordnungsinhalte der BtMVV bewerten müssen, sondern auch die Aktivitäten der Bundesärztekammer. Grundsätzlich ist aus meiner Sicht die Verlagerung solcher Kompetenzen in die ärztliche Selbstverwaltung richtig. Hilfreich wäre, dass die BÄK sich dabei auch des Sachverstandes von Vertragsärzten aus der Substitutionstherapie bedienen würde.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, damit wäre ich am Ende der Sachstandsschilderung angekommen, aber noch nicht am Ende meines Berichtes. In der letzten Vertreterversammlung habe ich Ihnen bereits einen Überblick über mein Engagement der letzten Jahre und die darauf beruhenden Ergebnisse vermittelt. Heute möchte ich mich bei Ihnen bedanken. Sie haben eine hervorragende Arbeit geleistet. Sie haben engagiert und sehr konstruktiv diskutiert. Sie haben viele Entscheidungen vorbereitet und auch im Sinne der durch Sie vertretenen Mitglieder der KVWL getroffen. Sie waren so klug, nicht auszugrenzen, sondern zu integrieren. Das war für mich Anlass, auf dem ersten Neujahrsempfang der KVWL in dieser Amtsperiode darauf hinzuweisen, dass die psychologischen Psychotherapeuten nun wirklich in der Vertreterversammlung der KVWL angekommen seien und integriert wären. Meine damalige Einschätzung hat sich auch bei der Wahl z.B. in den Hauptausschuss der 15. Amtsperiode bestätigt. Wir benötigen keine Schutzzäune, die auch mal zu Gefängnismauern werden können. Sie sind kompetent und in der Lage, richtig zu handeln. Das haben Sie bewiesen.

Ich habe zudem die Wahrnehmung, dass sich die Zusammenarbeit zwischen Vorstand und der Vertreterversammlung in den letzten 12 Jahren zunehmend verbessert hat. Sie werden frühzeitig von uns eingebunden, informiert und diskutieren mit uns konstruktiv. Ich danke Ihnen für eine tolle Amtsperiode. Die Arbeit mit Ihnen hat mir viel Freude gemacht. Ich wünsche denen, die in die neue Vertreterversammlung gewählt wurden, weiterhin ein gutes Händchen, und denen, die sich vorläufig oder langfristig aus der VV verabschieden, Gesundheit, Glück und Zufriedenheit.