

Vertreterversammlung 2. Dezember 2017

Bericht zur Lage Ressort 2

Dr. Wolfgang-Axel Dryden

Es gilt das gesprochene Wort!

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

die Bundesregierung ist nur noch geschäftsführend im Amt, einige Ministerposten sind schon vakant und werden von anderen Ressorts mitregiert, Koalitionsverhandlungen ziehen sich in die Länge, ein Ende ist nicht absehbar.

Flaute in Berlin – Stillstand in der Politik?

Für die Gesundheitspolitik trifft dies allerdings nicht zu. Plötzlich soll eine Grundfrage unseres Gesundheitssystems wieder Thema von Sondierungsgesprächen sein. Und das Bundesgesundheitsministerium arbeitet still und leise an einer Rechtsverordnung, die für uns alle weitreichende Folgen haben kann.

In den Jamaikasondierungen spielte die Gesundheitspolitik, soweit sie uns und unser Handeln hätte betreffen können, nur eine Nebenrolle. Das ändert sich gerade, vorangetrieben von einem Abgeordneten aus Nordrhein-Westfalen namens Karl Lauterbach. Herr Kollege Lauterbach hat bereits das Dauerthema der SPD, die Bürgerversicherung, prominent in den Fokus gestellt. Auch wenn die Agenda von Herrn Lauterbach nicht zwingend die Agenda der SPD-Verhandler sein muss, ist damit zu rechnen, dass die Bürgerversicherung beraten werden wird.

Die CDU hat diese Form der Krankenversicherung bisher ablehnt. Dennoch wird man in Sondierungen und Koalitionsgesprächen die „Schmerzgrenze“ des Gesprächspartners ausloten. Und es werden eigene Strategien überlegt, wie man das populistische Thema „Zwei-Klassen-Medizin“ vom Tisch kriegen könnte, ohne gleich die private Versicherungswirtschaft abzuschaffen. In der KBV wird berichtet, dass in den Reihen der CDU das Thema einer gemeinsamen Gebührenordnung für die verschiedenen Versicherungssysteme in der Diskussion ist und dort zunehmend Akzeptanz findet.

Wenn ich in meine eigene Vergangenheit schaue, dann habe ich das System einer gemeinsamen Gebührenordnung bereits kennen gelernt. Als ich mich 1980 niederließ, bestanden formal drei Gebührenordnungen nebeneinander, die aber von den Inhalten, Leistungsbeschreibungen und Bewertungen weitgehend identisch waren: GOÄ, BMÄ und E-GO. Das war die Zeit, an die ich mich als Arzt gerne zurückerinnere. Unabhängig von seiner Versicherung hatte eine Leistung am Patienten auch nur eine Gebührenposition. Da zu dieser Zeit Budgetierung noch nicht griff, wurden die Leistungen auch von den gesetzlichen Krankenkassen voll bezahlt und bei den Privatpatienten waren auf die Bewertungen Steigerungen in der Abrechnung möglich.

Auch wenn das Thema gemeinsame Gebührenordnung noch nicht ausdiskutiert ist, kann und sollte man dennoch Forderungen stellen. Meines Erachtens muss eine solche gemeinsame Gebührenordnung stärker Einzelleistungen definieren, was allerdings wieder von der Abrechnung auf dem Bierdeckel wegführt. Eine gemeinsame Gebührenordnung kann zudem nur akzeptabel werden, wenn in der Gesetzlichen Krankenversicherung die Budgetierung entfällt und in der PKV die Möglichkeit bestehen bleibt, die Gebührensätze in zu definierenden Grenzen zu steigern. Ich selber kann mir schon vorstellen, dass eine gemeinsame Gebührenordnung unter diesen Prämissen leichter zu verkraften ist, als eine vollständige Bürgerversicherung mit einem Einheitssatz.

Eine Bürgerversicherung würde das wirtschaftliche Ergebnis eines Großteiles unserer Mitgliedspraxen deutlich belasten. Sie würde damit das Image des selbständig und freiberuflich tätigen Arztes beim ärztlichen Nachwuchs stark belasten. Unsere bestehenden Nachwuchsprobleme würden sich damit nicht lösen lassen.

Also sollten wir darüber diskutieren, welche Kröte uns besser schmeckt, sofern sie überhaupt schmecken kann. Vor die Wahl gestellt kann ich für mich nur sagen: Eine Bürgerversicherung würde mir auf jeden Fall im Halse stecken bleiben.

Während Bürgerversicherung und einheitliche Gebührenordnung erst am politischen Horizont auftauchen, steht eine andere, deutlich unspektakulär daher kommende Entscheidung schon unmittelbar vor der Tür.

AIS – das Arzneimittel-Informationssystem – steht für eine neue Anforderung, die uns Vertragsärzten ins Haus steht. Was sich einfach anhören mag, kann bei genauerer Betrachtung erhebliche Auswirkungen auf ihre Arbeit haben und deswegen sollten wir uns auch dazu positionieren.

Die Politik hatte gute Absichten, als sie forderte, dass die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses im Rahmen der frühen Nutzenbewertung Eingang in die ambulante Versorgung haben sollten. Dieser Wunsch ist nachvollziehbar. Frühe Nutzenbewertung ist in erster Linie als Preisbestimmungsinstrument angelegt. Man wollte erreichen, dass unser Gesundheitswesen vor ausufernden Preisentwicklungen geschützt wird. Man wollte Mehrkosten angemessen für Mehrwerte in der Therapie zulassen. Der therapeutische Mehrwert ergibt sich im Rahmen der frühen Nutzenbewertung aus einem durch Studien nachgewiesenen Zusatznutzen gegenüber einer bis dato gebräuchlichen Standardtherapie. Somit sollte diese Bewertung des GBA letztlich die Grundlage für Verhandlungen zwischen Krankenkassen und pharmazeutischer Industrie zu einem realistischen Erstattungspreis bilden. Dieser sollte sowohl den Einsatz in mit Zusatznutzen bewerteten Subindikationen, als auch den individuellen Einsatz im Zulassungsspektrum ermöglichen.

Sie merken schon: Die GBA-Beschlüsse wie auch ihre Differenzierung sind sehr umfangreich. Ihr Verständnis muss intellektuell und mit einem hohen Zeitaufwand erarbeitet werden. Das ist von dem Vertragsarzt in der Praxis kaum zu leisten. Inhaltlich kommen also die Ergebnisse der frühen Nutzenbewertung oft nur eingeschränkt bei Haus- und Fachärzten an. Gleichzeitig erzeugen die oft hohen verhandelten Preise wirtschaftliche Ängste.

Nun hat die Politik beschlossen, dass die Entscheidungen des GBA zu Innovationen für Ärzte in der Versorgung transparenter und nutzbarer gemacht werden sollen. Daher hat man in der letzten Novelle des SGB V beschlossen, Arztinformationssysteme zu entwickeln, die verpflichtend in den Praxisverwaltungssystemen eingesetzt werden müssen.

Dieser noch relativ offen formulierte Wunsch des Gesetzgebers soll nun durch eine vom BMG zu erlassende Rechtsverordnung konkretisiert werden. Ob und wie das Arztinformationssystem künftig wirkt, hängt entscheidend von den Leitplanken ab, die in dieser Rechtsverordnung gesetzt werden. So kann ein solches Informationssystem die Arbeit des Arztes unterstützen und erleichtern, es kann aber auch mehr Bürokratie und Bedrohung in die Praxis transportieren.

Meine Sorge ist, dass Letzteres geschehen wird. Der GKV-Spitzenverband hat sich in der Anhörung des Deutschen Bundestages zu diesem System sehr deutlich für ein Verordnungssteuerungssystem ausgesprochen, das den Arzt warnt, wenn er außerhalb der Subindikationen mit Zusatznutzen, aber im Rahmen der Zulassung verordnet. Natürlich wird dem Arzt dann die Möglichkeit der vertieften Kodierung in die Subindikation hinein gegeben. Tut er dies, ist er mit großer Wahrscheinlichkeit nach Wirtschaftlichkeitsbeurteilung aus dem Schneider. Tut er das nicht, muss er sich bewusst sein, dass ihm damit eine Wirtschaftlichkeitsprüfung drohen kann.

Wird die Rechtsverordnung diese Sicht der Krankenkassen auf den Sinn und Zweck des AIS umsetzen, ist dies für mich nicht tragbar. Ein solches Steuerungssystem bedroht Ärzte. Durch die Hintertür würde ein solches AIS ein Kodiererfordernis einführen, das noch über die von uns abgelehnte Allgemeine Kodierrichtlinie hinausgeht. Das wäre mehr Verwaltungsaufwand in den Praxen. Das wäre mehr an Bürokratie.

Ein solches Steuerungssystem würde zudem die Regressbedrohung für Ärzte zumindest dann erhöhen, wenn zwar innerhalb der Zulassungsindikationen aber außerhalb der mit Zusatznutzen bewerteten Subindikationen verordnet wird oder diese Subindikationen nicht kodiert worden sind.

Als Steuerungsinstrument bewirkte das AIS somit für alle vom GBA bewerteten Arzneimittel faktisch einen Verordnungsausschluss außerhalb der positiv monographierten Subindikationen. Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, das kann und will ich so nicht akzeptieren.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen, unsere Zeit gehört unseren Patienten und steht nicht der Befriedigung eines erweiterten Informationshungers der Krankenkassen zur Verfügung.

Noch ist Zeit zu handeln und einer Fehlentwicklung entgegen zu wirken. Die Rechtsverordnung wird wohl nicht mehr vom derzeit kommissarisch handelnden Minister erlassen, sondern von seinem Nachfolger oder Nachfolgerin. Das gibt uns Zeit, der Politik die Risiken einer Fehlentwicklung zu verdeutlichen.

Was will ich? Ich will ein ArztINFORMATIONSystem, das dem Arzt in seiner Verordnungspraxis hilft. Ich lehne ein VERORDNUNGSSTEUERUNGSSYSTEM ab, das in seiner extremen Ausgestaltung nachher dem Arzt vorschreiben kann, was er bei einer bestimmten Indikation unter Wirtschaftlichkeitsaspekten zu verordnen hat. Das wäre das Ende der ärztlichen Kunst am Patienten. Das wäre das Ende der Therapiefreiheit eines Arztes.

Ich will, dass endlich diejenigen, die über wirtschaftliche Erstattungspreise verhandeln sollen, die ökonomische Verantwortung für deren Gültigkeit bei indikationsgerechter Verordnung eines Arzneimittels tragen. Das gilt sowohl für Rabattverträge, Festbeträge, als auch für Innovationen nach früher Nutzenbewertung.

Ich will dass wir als Ärzte dafür gerade stehen, dass wir unsere Patienten nach dem Stand der Wissenschaft versorgen. Das verantworten wir. Wenn ein Arztinformations-system uns dabei unterstützt, finde ich das gut!

Deshalb muss ein neues, enges Steuerungssystem verhindert werden. Wenn Sie mit mir einer Meinung sind, unterstützen Sie mich bitte. Ich werde zu diesem Thema eine Resolution einbringen und hoffe, gestärkt mit Ihrem einhelligen Votum nach Berlin gehen zu können.

Sehr geehrte Kolleginnen, sehr geehrte Kollegen,

verlassen wir die große politische Bühne und wenden wir uns unseren konkreten Aufgaben in Westfalen-Lippe zu.

Sie haben mich in der vergangenen Vertreterversammlung aufgefordert zu prüfen, ob es alternative Verfahren der Plausibilitätsprüfung von „Praxisgemeinschaften“ gibt, bei denen die Prävention des Fehlverhaltens im Vordergrund steht. Wir gehen davon aus, dass Sie mit diesem Auftrag die Erwartung verbinden, einerseits durch eine umfangreichere Prüfung rechtswidrig handelnde Praxen zeitnäher zu erfassen und noch nicht auffällige Praxen von diesen Risiken abzuhalten. Andererseits betrachten Sie die Schadensberechnung kritisch. Drittens sollten Praxen über festgestellte Risiken zeitnäher informiert werden.

Pflichtgemäß möchte ich Ihnen hiermit über unser Ergebnis berichten.

Eine denkbare Lösung wäre es, die 2%ige Stichprobenprüfung von gemeldeten Praxisgemeinschaften durch eine Prüfung aller Praxen auf unzulässige Kooperationen zu ersetzen. Ergebnis einer solchen Prüfung wäre eine große Zahl vermeintlich auffälliger Kooperationen. Vermeintlich sage ich deshalb, weil festgestellte Auffälligkeiten in einer nachfolgend vertieften Prüfung vielfach entkräftet werden. Diese Prüfung würde jedoch einen erheblichen Personaleinsatz erfordern, weil eine überwiegend automatisierte Prüfung entlastender Kriterien nach unserer Analyse derzeit nicht möglich erscheint. Wegen der großen Zahl der zunächst auffälligen Praxen würde das zurzeit vorhandene Personal für diese Prüfung bei weitem nicht ausreichen. Zusätzliche, qualifizierte Mitarbeiter sind aber auf dem Arbeitsmarkt nach unseren Erfahrungen - abgesehen von den Kosten mindestens im höheren 6-stelligen Bereich - nicht zu beschaffen.

Als vermittelnden Lösungsansatz sehen wir die Option, die Stichprobe auf 10% der abrechnenden Praxen in jedem Quartal zu erhöhen. Dabei würde ermittelt, ob diese „standortgleich“ mit anderen Praxen kooperieren. Die so gefundenen Kooperationspartner würden dann auf auffällige Patientenidentitäten von 20% bzw. 30% geprüft.

Bei Auffälligkeiten würden wir hinterfragen, ob sie einmalig oder fortgesetzt aufgetreten sind. Diese Frage würden wir mittels einer rückwirkenden Betrachtung von drei weiteren Quartalen beantworten. Stellen wir dann fest, dass es sich um ein stetiges Verhalten handelt und fehlen entlastende Faktoren, würde die weitere Bearbeitung einsetzen.

Die neue Methode hätte auch unmittelbare Auswirkungen auf die Schadensberechnung und Honorarrückforderung. Anders als bisher würde die Prüfung auf die vergangenen vier Quartale beschränkt. Erst wenn die Praxis das Fehlverhalten nicht wie erwartet einstellt, würden die weiteren Quartale ebenfalls regressiert werden. Es würden sich hierdurch insgesamt niedrigere Schadenssummen ergeben.

Zudem würden wir Praxen, die nicht in allen 4 Quartalen auffällig sind oder sich entlasten konnten, hierüber eine Rückmeldung geben und ihnen mitteilen, dass sie zukünftig auch engmaschiger auf Auffälligkeiten hin überprüft werden können.

Dieser Ansatz hat greifbare Vorteile gegenüber dem heutigen Verfahren:

1. Der von der KV zurückgeforderte Schaden fällt für betroffene Ärzte deutlich geringer aus.
2. Ärzte in betroffenen oder gefährdeten Kooperationen können ihr Verhalten ändern.
3. Führt die Reflektion zu einer Verhaltensänderung, würde sich der Schaden für die Allgemeinheit der Vertragsärzte prospektiv verringern.

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

meiner Ansicht nach kommt diese Variante Ihren Intentionen nahe, ohne ein Zuviel an Prüfaufwand und Kosten zu erzeugen. Ich möchte Ihnen jedoch nicht verschweigen, dass es in diesem Modell noch ungelöste Problemstellungen gibt.

Wir können uns vorstellen, dass wir eine Mindestfallzahl für Praxen definieren, weil besonders kleine Praxen schon bei geringen Kooperationsfallzahlen in einen falschen Verdacht geraten können. Wir können uns genauso vorstellen, dass wir bestimmte Leistungsgruppen wie z.B. Laborüberweisungen, von vornherein ausblenden.

Ungelöst ist aber die Frage, wie wir mit Kooperationen umgehen, in denen nur ein Partner auffällig ist. Nach Rechtsprechung des BSG infiziert eine auffällige Praxis in der Praxisgemeinschaftsprüfung die anderen beteiligten Praxen. Sollen wir dieses Prinzip auch in dem beschriebenen Prüfalgorithmus anwenden? Oder schaffen wir damit neue Ungerechtigkeiten?

Sie sehen, dass wir Ihren Wunsch ernst genommen haben. Sie sehen wohl auch, dass wir mit unseren Überlegungen schon weit vorangekommen sind. Es ist aber ebenso offensichtlich, dass noch weitere Fragen zu klären sind, wenn Sie uns den Auftrag erteilen, diesen Weg zu gehen.

Ich wurde letztens darauf angesprochen, dass der Vorstand nicht an Beschlüsse der Vertreterversammlung gebunden sei, insbesondere, wenn diese Beschlüsse das operative Geschäft betreffen. Dem habe ich entgegnet, dass wir, der Vorstand der KVWL, die Meinungsbildung der Vertreterversammlung ernst nehmen und diese in unsere Entscheidungen mit einbeziehen. Ich denke, dass Sie dies aus den letzten Legislaturperioden bis heute so bestätigen würden. Daher ermuntere ich Sie nicht nur grundsätzliche Diskussionen zu führen und dazu Beschlüsse zu treffen, sondern darüber hinaus uns Anregungen zu geben, wie Sie es mit dem Auftrag an mich zur Plausibilitätsprüfung von Praxisgemeinschaften getan haben. Gemeinsam treibt uns der Wunsch innerhalb der uns von gesetzlichen Normen gegebenen Möglichkeiten im Sinne unserer Basis zu handeln. Ich weiß, dass auch Sie Ihre Aufgabe ernst nehmen. Daher freue ich mich auf Ihre Diskussion sowohl zu den grundsätzlichen Themen meines Vortrages, als auch zu dem operativen Weg.