



Flexibel und praxistauglich

Das erprobte nordrheinische System der bedarfsorientierten Richtgrößen könnte den Budgetierungs-Starrsinn bei Arzneimitteln ablösen. Dazu müssen allerdings die Krankenkassen ihre Hausaufgaben machen.

Manna wird nicht vom Himmel regnen – auch wenn die neue Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt die Kollektivhaftung für das Arzneimittelbudget abschaffen will.

Denn zugleich mit dieser Absichtserklärung hat die Ministerin auch die Richtung, welche die Änderung nehmen soll, vorgegeben: Die Kollektivregresse sollen durch ein System der originären Verantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen und des einzelnen Arztes, der einzelnen Ärztin abgelöst werden. Wir Ärzte sollen die wirtschaftliche Verantwortung des Verordnens übernehmen.

Diese Ankündigung hat eine Reihe von Ängsten geweckt. Krankenkassen befürchten, dass durch die Aufhebung der Kollektivhaftung die Ausgaben für Arznei- und Heilmittel explodieren würden. Ärztliche Berufsverbände treibt die Angst vor unberechtigten Regressen der einzelnen Praxis um. Durch ein Modell der flexiblen Ausgabensteuerung könnte man das eine lassen, ohne das andere zu tun.

Dabei handelt es sich um ein System von bedarfs- und versorgungsorientierten Richtgrößen und Praxisbesonderheiten einschließlich der Option auf nachträgliche Korrekturen. Den Praxistest hat dieses System bereits bestanden, in Nordrhein werden wesentliche Elemente schon praktiziert. Im Einzelnen könnte eine Neugestaltung so aussehen:

Jede Praxis erhält eine Basisrichtgröße, einen Betrag, der fachgruppenspezifisch je Patient festgelegt wird. Dies ist der Grundsockel des Ausgabenrahmens. Erhöht werden die jeweiligen Richtgrößen durch bedarfs- und versorgungsorientierte Module. Diese werden indikationspezifisch festgelegt, die Beträge an den Kosten einer leitlinienorientierten Therapie orientiert. Der ökonomische Rahmen der Arzneimittelausgaben ist somit keineswegs starr, sondern hängt ab vom Behandlungsspektrum der Praxis – und damit vom Versorgungsbedarf bzw. der Morbidität der Bevölkerung.

Die so genannten Praxisbesonderheiten, das heißt Verordnungen für bestimmte chronisch kranke Pa-

tienten und teure Arzneimittel, fallen dann nicht mehr in die Richtgrößen der Kollegen. Dazu gehören zum Beispiel die Interferon-Therapie bei Hepatitis B und C und Insuline für Diabetiker.

Selbstverständlich ist eine fortlaufende Anpassung notwendig. So wurden in Nordrhein unter anderem Opioiden für Schmerzpatienten und die atypischen Neuroleptika zur Behandlung der Schizophrenie in die Liste der Praxisbesonderheiten aufgenommen, damit kein Kollege für eine moderne Pharmakotherapie haften muss. Dies alles wird prospektiv festgelegt – und jedes Jahr dem medizinischen Fortschritt angepasst.

Um eine bedarfsgerechte Versorgung sicherzustellen, ist dieses System auch retrospektiv flexibel. Denn die Einführung echter Innovationen sowie strukturelle Änderungen und Preiserhöhungen sind ex ante nicht zu kalkulieren. Deshalb gehört in dieses Konzept eine Nachverhandlungsoption. Ex post könnten dann zum Beispiel steigende Zuzahlungsbefreiungen berücksichtigt werden. Dass dies nicht reine Theorie ist, zeigen die nordrheinischen Arzneimittelvereinbarungen.

Um den Budgetierungs-Starrsinn durch bedarfsorientierte Richtgrößen ablösen zu können, müssen allerdings die Krankenkassen ihre Hausaufgaben machen. Vor allem sind die notwendigen Daten zu liefern, zeitnah und valide. Jeder Kollege muss kurz nach Monatsende wissen, wo er mit seinen Verordnungen steht.

Auch die Geburtsfehler der Budget-Erhebungen sind zu korrigieren, vor allem die regional ungleichen Ausgabenobergrenzen, die bisher auch Orientierung für die praxisindividuellen Richtgrößen waren.

Das System flexibler Richtgrößen beinhaltet noch ein wichtiges Prinzip: Beratung vor Regress. Die Kassenärztlichen Vereinigungen müssen ihre Mitglieder im Bemühen um eine rationale Pharmakotherapie unterstützen – vor allem durch exakte Information und kompetente Beratung.

*Dr. Leonhard Hansen
Vorsitzender der Kassenärztlichen
Vereinigung Nordrhein*