

Ambulante Versorgung unter Budgetzwang

Was ist „medizinisch notwendig“?

In Zeiten unbegrenzter finanzieller Ressourcen waren die Begriffe „ärztlich empfehlenswert“ und „medizinisch notwendig“ weitgehend deckungsgleich. Angesichts der Mittelverknappung und stringenter Budgetierung verengt sich der Ermessensspielraum des Arztes jedoch zusehends. In dem folgenden Beitrag

stellt Dr. med. Lothar Krimmel, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dar, wie die Ökonomie den Leistungsanspruch bestimmt. Die Budgetierung führt seiner Ansicht nach zwangsläufig in eine Zwei-Klassen-Medizin – mit dem Arzt in der aufgezwungenen Rolle des Rationierers.

Derzeit taucht in der Diskussion um die Arzneimittel- und Heilmittelbudgets in der gesetzlichen Krankenversicherung immer wieder ein Begriff auf, der insbesondere auf Politiker und Kassenfunktionäre eine geradezu magische Anziehungskraft auszuüben scheint: die „medizinische Notwendigkeit“. Es handelt sich dabei um einen der zahlreichen unbestimmten Rechtsbegriffe des Sozialgesetzbuches, die einen weiten Interpretationsspielraum eröffnen und daher geradezu prädestiniert sind, von verschiedenen Seiten für die jeweils eigenen Vorstellungen instrumentalisiert zu werden.

Kaum wurde von Ärzteseite angedeutet, daß das von den Kassen provozierte Einfrieren der Arzneimittelbudgets auf dem Stand von 1991 unweigerlich in eine Rationierung münden müsse, wurde von Krankenkassen und Politikern die bekannte Leerformel bemüht: „Alles, was medizinisch notwendig ist, muß auch auf Kassenrezept verordnet werden!“ Angesichts der ungeheuren Komplexität der mo-

dernen Medizin ziehen sich offensichtlich gerade Politiker und Kassenfunktionäre nur allzu gerne auf diese scheinbar stabile Plattform im unruhigen Meer medizinischer Versorgungsvielfalt zurück. Die Frage ist nur: Was ist „medizinisch notwendig“?

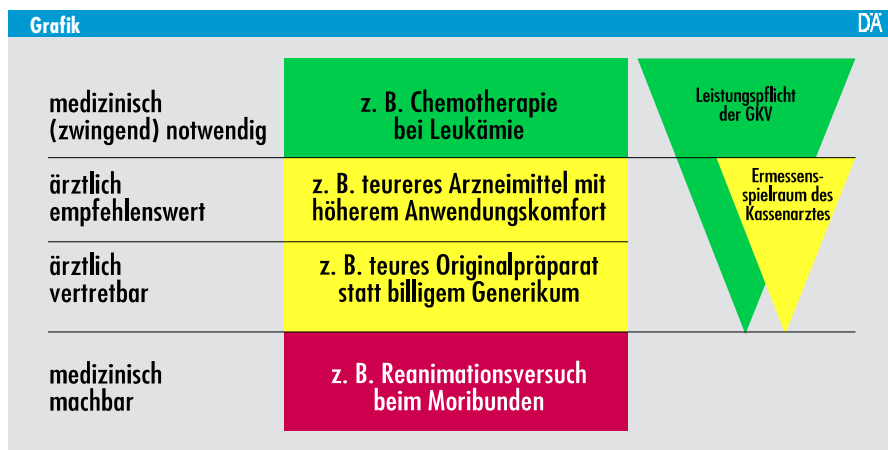
Der entscheidende Ansatz für das Verständnis der „medizinischen Notwendigkeit“ in einer gesetzlichen Krankenversicherung liegt in der Erkenntnis, daß der Variations- und Interpretationsspielraum unmittelbar abhängig ist von den jeweils herrschenden ökonomischen Bedingungen, insbesondere also der Finanzkraft des Gesundheitsversorgungssystems. Dabei besteht diese Abhängigkeit der Behandlungsspielräume von den finanziellen Ressourcen gleich in doppelter Hinsicht: sowohl hinsichtlich der Definition des Umfangs der *ethisch gebotenen Maßnahmen* als auch in bezug auf den *Ermessensspielraum* des Arztes jenseits dieser Grenze ethisch gebotener Maßnahmen.

So ist beispielsweise der Einsatz von Chemotherapeutika bei Leukämie in den meisten Entwicklungslän-

dern aufgrund fehlender finanzieller Ressourcen schlichtweg nicht darstellbar. In Osteuropa ist aus denselben Gründen die in Deutschland selbstverständliche Dialyse bei Hochbetagten faktisch nicht verfügbar, und auch hierzulande muß die Grenze der ethischen Vertretbarkeit einer Verweigerung von Behandlungsansätzen unter dem Budgetdruck des Jahres 1996 enger gezogen werden als unter den größeren finanziellen Spielräumen des Jahres 1992.

Die teilweise völlig insuffizienten KV-bezogenen Arzneimittel- und Heilmittelbudgets können sogar so gering sein, daß sie noch nicht einmal den Leistungsanspruch innerhalb der Grenzen des ethisch Unverzichtbaren und damit auch medizinisch zwingend Notwendigen abdecken (zum Beispiel Mecklenburg-Vorpommern im Herbst 1996). Allerdings sind die Kassenärzte auch in dem Fall, daß aufgrund der Verordnung medizinisch zwingend notwendiger Arznei- und Heilmittel eine Budgetüberschreitung droht, zur Verordnung dieser Maßnahmen verpflichtet. Hier entpuppt sich die Budgetierung vollends als verfassungswidrige Zwangsabgabe des Kassenarztes zur Mitfinanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung.

In budgetierten Systemen noch bedeutsamer sind die Einschränkungen des Ermessensspielraums des Arztes. Dabei wird zunächst offensichtlich, daß die nach dem Gebot ärztlicher Ethik notwendigen Leistungen mit dem Begriff der „zwingenden medizinischen Notwendigkeit“ übereinstimmen. Jenseits dieser Grenze beginnt der Ermessensspielraum, der insoweit auch unmittelbar den Umfang des Leistungsanspruchs des Versicherten definiert. Je geringer



Modell der Begriffshierarchie zum notwendigen Leistungsumfang einer gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)

der finanzielle Spielraum eines Versorgungssystems ist, desto näher muß die Interpretation der „medizinischen Notwendigkeit“ an die Grenze der „zwingenden medizinischen Notwendigkeit“ im Sinne ethisch gebotener Maßnahmen rücken.

Billigstes Generikum ist ausreichend

Ist zum Beispiel die Verordnung eines bestimmten Wirkstoffs medizinisch notwendig und wählt der Arzt unter mehreren wirkstoffgleichen Arzneimitteln das billigste aus, so hat der Versicherte nur Anspruch auf dieses billigste Arzneimittel. Wünscht der Versicherte dagegen ein teureres Präparat – etwa weil er das im Krankenhaus verabreichte Arzneimittel nicht wechseln möchte –, so ist der Arzt angesichts einer fehlenden zwingenden medizinischen Notwendigkeit nicht verpflichtet, dieses vom Versicherten gewünschte, teurere Arzneimittel zu verordnen.

Ein weiteres Beispiel für die Abhängigkeit der „medizinischen Notwendigkeit“ von den verfügbaren Finanzressourcen eines Gesundheitssystems gibt die Diskussion um den Einsatz neuer Arzneimittelwirkstoffe in solchen Bereichen, in denen bereits therapeutische Möglichkeiten bestehen. Ist zum Beispiel die Verordnung eines neuartigen Arzneimittels, das nur einmal statt dreimal täglich eingenommen werden muß, dafür jedoch mehr als doppelt so teuer ist wie die für dieselbe Indikation bereits eingeführte Substanz, tatsächlich „medizinisch zwingend notwendig“? Steht also der größere Anwendungskomfort des Arzneimittels in einem angemessenen Verhältnis zum deutlich erhöhten Ressourcenverbrauch? Dies sind die Kernfragen gesundheitsökonomischer Überlegungen, die sich mit dem sogenannten „Grenznutzen“ medizinischer Behandlungsverfahren beschäftigen.

Dabei sind solche Überlegungen keineswegs unethisch. Im Gegenteil: In budgetierten und damit rationierten Gesundheitssystemen wie der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung des Jahres 1996 geben Grenznutzen-Analysen wichtige Hin-

weise für die Verlagerung von Finanzmitteln in Bereiche mit höherem Kosten-Nutzen-Verhältnis. Auf diese Weise können in einem budgetierten Gesundheitssystem Rationierungsüberlegungen gerade auch ethisch begründet und legitimiert sein. Andererseits können solche Analysen auch Bereiche aufzeigen, in denen angesichts eindeutig belegter Effizienzsteigerungen Budgetanhebungen erforderlich sind.

Die Durchsetzung des Prinzips der „Therapiefreiheit“ des Arztes setzt angesichts der Dynamik des medizinischen Fortschritts und der demographischen Entwicklung ein finanziell weitgehend unbegrenztes Gesundheitswesen voraus. Im Korsett einer budgetierten gesetzlichen Krankenversicherung ist dagegen für die Ärzteschaft die Durchsetzung dieses Prinzips derzeit nur um den Preis der Existenzgefährdung (Budgethaftung!) möglich.

Auch die betroffenen Zweige der Gerichtsbarkeit, namentlich die Zivil- und Sozialgerichte, die in der Vergangenheit durch eine immer extensivere Auslegung der Versicherten- und Patientenansprüche die existentielle Krise der gesetzlichen Krankenversicherung mitverursacht und damit – ungezollt, aber dennoch wirkungsvoll – das Sozialstaatsprinzip in Frage gestellt haben, werden umdenken müssen. Entscheidungen in Einzelfragen werden künftig immer zu berücksichtigen haben, ob nicht diese Entscheidung die offensichtlich abnehmende Finanzkraft des Gesundheitssystems überfordert und damit zum Zusammenbruch dieses Versorgungssystems – mit unabsehbaren Folgen für alle Beteiligten – beitragen wird.

Zwei-Klassen-Medizin als Budgetfolge

Auch wenn diese Zusammenhänge ganz unzweideutig Aspekte einer Rationierung und damit einer „Zwei-Klassen-Medizin“ aufweisen, so sollte gerade angesichts des übergeordneten Ziels eines Erhalts der solidarischen Krankenversicherung hier nicht vergessen werden: Die unterschiedliche Verteilung der Bedürfnisse und insbesondere die unterschied-

liche Beurteilung des Stellenwertes der eigenen Gesundheit gehören zu den Grunderfahrungen unserer Gesellschaft. Wäre dem nicht so, gäbe es keine Raucher, keine Alkoholiker, keine Drachenflieger und auch keine Rennfahrer. Auch müßte die Illusion einer völligen Gleichverteilung von Gesundheitsgütern letztlich beispielsweise in die Forderung münden, wegen der erwiesenen Einkommensabhängigkeit von Gesundheitszustand und Lebenserwartung allen Bürgern ein Mindesteinkommen von zum Beispiel 5 000 DM zu garantieren.

Politik muß Farbe bekennen

Um diesen Sachverhalt auch sprachlich zur Geltung zu bringen, ist der angesichts strikt limitierter Finanzmittel unbrauchbare, da unscharfe Begriff der „medizinischen Notwendigkeit“ zu trennen in „medizinisch zwingend notwendig“ (als Synonym für den nicht weiter disponiblen Anspruch auf „Kernleistungen“ in der gesetzlichen Krankenversicherung) und „ärztlich empfehlenswert“ (jedoch nicht medizinisch zwingend notwendig) auf der anderen Seite (siehe Grafik). In Zeiten unbegrenzter finanzieller Ressourcen waren die Begriffe „ärztlich empfehlenswert“ und „medizinisch notwendig“ weitgehend deckungsgleich. Deswegen geht der Vorwurf von Politik und Krankenkassen, die tatsächlich erzielbaren Einsparungen zeigten, daß die Kassenärzte in der Vergangenheit zuviel medizinisch nicht Notwendiges verordnet hätten, vollständig in die Irre. Hierbei wird der Ermessensspielraum in der Abgrenzung zwischen der ärztlich empfehlenswerten und der medizinisch (zwingend) notwendigen Behandlung schlichtweg übersehen.

Diese Darstellung zeigt auch, daß es letztlich nicht angehen kann, in einer gesetzlichen Krankenversicherung mit mehr als 70 Millionen Versicherten den Umfang des Leistungsanspruchs dieser Versicherten jenseits des medizinisch unbedingt Notwendigen ganz in das Ermessen des einzelnen Arztes zu stellen. Für die Ärzteschaft ist es inakzeptabel, daß ihr in dieser „Grauzone“ des ärztlich Emp-

fehlenswerten jenseits der zwingenden Notwendigkeit die Rolle des „Rationierers“ aufgebürdet werden soll – eine Rolle, welche die Patient-Arzt-Beziehung als den Eckpfeiler jedes Gesundheitssystems massiv gefährdet. Ungeachtet der ethischen Dimension eines solchen permanenten Triage-Konflikts ist diese Aufgabe für den Arzt auch deswegen unerfüllbar, weil die von der Politik gesetzten Rahmenbedingungen absolut kontraproduktiv sind. Der Wettbewerb der Krankenkassen, die „Chipkarten-Souveränität“ des Patienten und nicht zuletzt der Wettbewerb der Ärzte untereinander müssen dazu führen, daß die von Politik und Krankenkassen in diesem Segment postulierten Wirtschaftlichkeitsreserven vorläufig reine Luftbuchungen bleiben.

Die Gesundheitspolitik ist in dieser Situation gefordert, eindeutige leistungsrechtliche Vorgaben zu machen, was außerhalb einer medizinisch unbedingt notwendigen Versorgung weiterhin von den Krankenkassen finanziert und was definitiv ausgeschlossen werden soll. Flieden die politisch Verantwortlichen dagegen weiterhin in die Illusion der vermeintlichen Ordnungsmacht des Kriteriums der „medizinischen Notwendigkeit“ und bleiben die leistungsrechtlichen Unklarheiten unter massiven Budgetzwängen auf diese Weise bestehen, so droht das Versorgungssystem in kürzester Zeit in einem Sumpf von Risikoselektion, Erpreßbarkeit und Günstlingswirtschaft unterzugehen.

Politik und Krankenkassen müssen endlich zur Kenntnis nehmen, daß sie gerade mit der Einführung der Budgetierung selbst maßgeblich dazu beigetragen haben, daß nicht mehr alles, was ärztlich empfehlenswert ist, den gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung gestellt werden kann. Die Metapher von der „medizinischen Notwendigkeit“, die in jüngster Zeit gerade von Politik und Krankenkassen offensichtlich wieder einmal als „Nasenring“ mißbraucht werden soll, um daran den Kassenarzt wie einen Tanzbär in der Arena des Gesundheitswesens vorzuführen, hat für diesen Zweck endgültig ausgedient.

Dr. med. Lothar Krimmel
KBV, Herbert-Lewin-Straße 3
50931 Köln

Streit um Terra TV

Kommission entlastet Bayerns KV-Vorstand

Das TV-Engagement der KV Bayerns aus dem vergangenen Jahr endete mit einem Eklat. Die KV hatte den Vertrag mit der privaten Produktionsgesellschaft Terra TV im November 1995 gekündigt, weil sie sich über die tatsächlichen Zuschauerzahlen der von n-tv ausgestrahlten Gesundheitssendung getäuscht sah. Es folgten heftige Auseinandersetzungen mit der TV-Gesellschaft und der Auftrag an einen neunköpfigen Untersuchungsausschuß der Vertreterversammlung, die Vorgänge aufzuklären. Die Kommission hat ihren Bericht jetzt abgeschlossen.

Zu den Vorgängen um die Kooperation der KV mit der privaten Terra-TV-Produktionsgesellschaft stellt der Untersuchungsausschuß der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns fest, daß keinem Mitglied der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns oder der Verwaltung ein Fehlverhalten vorgeworfen werden kann, welches weitere rechtliche Konsequenzen nach sich ziehen mußte. Der Schlußbericht kommt daher zu der Empfehlung an die VV, den Untersuchungsausschuß wegen Erledigung des Auftrages aufzulösen.

So lautet das Resümee des 51 Seiten starken Berichts, den der neunköpfige Untersuchungsausschuß unter Vorsitz des Arztes und Anwaltes Dr. med. Dr. jur. Alexander Ehlers, München, inzwischen fertiggestellt hat. Die Kommission war vor rund einem Jahr beauftragt worden, das Fernseh-Engagement der bayerischen KV und die Rolle der Produktionsgesellschaft Terra TV in diesem Zusammenhang zu durchleuchten. Die Vertreter der bayerischen Vertragsärzte wollten Antworten auf folgende Fragen: Wie kam es zu dem Vertrag zwischen KV und Terra TV? Wer war verantwortlich? Wie kam es zu dem Eklat? Wer hat wann und was unternommen? Ist der KVB ein materieller oder immaterieller Schaden entstanden?

Dazu trifft der Untersuchungsbericht verschiedene Aussagen. Hinsichtlich des Auftrages der bayerischen Vertreterversammlung in Hinblick auf die Öffentlichkeitsarbeit und dessen Umsetzung durch den

KV-Vorstand beziehungsweise die Verwaltung ergeben sich keine Hinweise auf Fehlverhalten oder Versäumnisse. Vertragsabschluß und Vertragsabwicklung sind, mit Ausnahme der Zahlungsvorgänge, korrekt, ohne Fehler oder Versäumnisse, abgelaufen.

Erstmals im August 1995 tauchten Zweifel an der von Terra TV genannten Zuschauerbeteiligung („Ratings“) auf. Man war davon ausgegangen, daß pro Tag etwa zwei Millionen Zuschauer erreicht werden könnten. Für den Fall, daß eine Mindest-Zuschauerzahl von einer Million bis Ende Juli 1995 nicht realisiert würde, hatte sich die KVB eine einmonatige Kündigungsfrist vorbehalten, ansonsten waren drei Monate Kündigung vereinbart.

Erste Zweifel an Zuschauerzahlen

Diese ersten Zweifel an den vorgelegten Daten wurden der für Öffentlichkeitsarbeit zuständigen Pressereferentin der KV Bayerns mitgeteilt. Der Untersuchungsausschuß weist auch darauf hin, daß der Vorsitzende der KV-Bezirksstelle Oberbayern, Dr. Rüdiger Pötsch, Mitglied im KVB-Vorstand, Zweifel an der Richtigkeit der Ratings zwischen dem 24. und 27. September letzten Jahres hatte, er dennoch weder in der Vorstandssitzung noch gegenüber den Mitgliedern des Redaktionsbeirats am 29. September 1995 darüber eine Mitteilung gemacht habe. Intern wur-

den Zuschauerzahlen zwischen 900 000 und 1,2 Millionen gehandelt. Pötschs Zweifel an der Richtigkeit der Terra-TV-Zahlen wurden durch eine Aufstellung von Media-Control erhärtet. Danach schalteten täglich 30 000 bis 40 000 Zuschauer die Sendung „Gesundheit heute“ bei n-tv ein. Der KVB-Vorsitzende Dr. med. Lothar Wittek wurde darüber in einem Fax vom 1. Oktober 1995 (Eingang: 3. Oktober 1995) von Pötsch informiert. Am 29. September sei das Thema Öffentlichkeitsarbeit im KVB-Vorstand nicht behandelt worden, hatte Pötsch gegenüber dem Ausschuß angegeben, weil man mit der KV Sachsen zum Oktoberfest gehen wollte.

Die „weitere Handhabung dieses Vorfalles ab dem 1. beziehungsweise 3. Oktober 1995 durch die Mitglieder des Vorstandes und die Verwaltung“ war nach Auffassung des Untersuchungsausschusses „sachgerecht“.

Die Zahlungsvorgänge zwischen KVB, der Produktionsfirma Terra TV beziehungsweise ihrem Geschäftsführer Jörg Hoffmeister sowie der Fernsehgesellschaft n-tv, in der die Beiträge ausgestrahlt wurden, konnten vom Ausschuß nachvollzogen werden. Monatlich wurden bis September 1995 rund 185 000 DM im Voraus an Terra TV gezahlt – auf ein Konto des Geschäftsführers Hoffmeister.

Die „bestehenden Gefahrenpotentiale“ wurden demnach durch Weisung der KVB-Hauptgeschäftsführung ausgeräumt. Mit möglichen Schadensersatzforderungen oder deren Berechtigung hat sich der Untersuchungsausschuß nicht befaßt, weil das nicht zu seinem Auftrag gehörte. „Eine persönliche Bereicherung seitens der Mitglieder der KVB, der Verwaltung oder der Geschäftspartner der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns konnte nicht festgestellt werden“, heißt es in dem Schlußbericht. Eine Zahlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Höhe von 400 000 DM an die KVB für das Projekt sei „regelrecht verbucht worden“.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns wird sich voraussichtlich in ihrer ersten Sitzung in diesem Jahr, am 15. Februar, mit dem Abschlußbericht des Untersuchungsausschusses zu Terra TV befassen. KS

Europäische Ärzte

Ständiger Ausschuß plant Umstrukturierung

Die jährliche Plenarversammlung des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte fand im letzten Jahr am 8. und 9. November in Athen statt. Die Teilnehmer verständigten sich unter anderem auf einige strukturelle Änderungen ihrer Satzung, um ihrer Stimme gegenüber europäischen Institutionen mehr Gewicht zu verleihen.

Die Delegationen einigten sich bei der Plenarversammlung des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte darauf, daß ab Januar 1998 die Niederlande die Präsidentschaft übernehmen. Gleichzeitig verständigten sie sich grundsätzlich auf eine Änderung der Satzung. Diese wird notwendig, weil der Ständige Ausschuß die Form einer internationalen Organisation nach belgischem oder luxemburgischem Recht erhalten soll. Der Text wird endgültig in der Aprilsitzung 1997 verabschiedet.

Eine notwendige Stärkung würde das Brüsseler Büro dadurch erfahren, daß künftig neben dem Präsidenten vier Vizepräsidenten in den Entscheidungsprozeß einbezogen würden. Der Geschäftsordnung entsprechend wird die Organisation von einem Verwaltungsrat geleitet, dem jeweils ein Mitglied der nationalen Mitgliedsorganisationen angehört. Die Mitglieder des Verwaltungsrats wiederum werden von der Generalversammlung für zwei Jahre gewählt.

„Stimme der Ärzte“

Der Ständige Ausschuß stimmt auf vielen Gebieten der Gesundheits- und Sozialpolitik die Auffassung der einzelnen nationalen Ärzteschaften aufeinander ab, um als „Stimme der Ärzte Europas“ vor den europäischen Institutionen in Brüssel und Straßburg auftreten zu können. Das Gremium hat sich in den letzten Jahren mehr und mehr zu einer politischen Institution gewandelt. Bereits 1992 war ein Sekretariat in Brüssel eingerichtet worden, das in Abstimmung

mit dem Präsidenten exekutive, administrative und technische Aufgaben erfüllt. Die Satzungsänderung und das Brüsseler Büro dürften entscheidend zur Verbesserung der Arbeit auf europäischer Ebene beitragen.

Dr. med. Reiner Brettenthaler, Mitglied der österreichischen Delegation und stellvertretender Vorsitzender des Ausschusses „Systeme der Gesundheitsversorgung, der sozialen Sicherheit, der Gesundheitsökonomie und der Pharmazeutischen Industrie“, hat eine gemeinsame Stellungnahme des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte, der Europäischen Vereinigung der Praktischen Ärzte (UEMO) und der Europäischen Vereinigung der Fachärzte (UEMS) zum Thema Selbstmedikation erarbeitet, die Definitionen enthält sowie den Verantwortungsbereich und das gesetzliche Umfeld beschreibt. Außerdem werden Einzelheiten zu den wichtigsten Direktiven der Europäischen Union sowie Hinweise auf Texte der Weltgesundheitsorganisation verzeichnet. Das Dokument enthält Angaben zu den Themen „pro und contra Selbstmedikation“, „apothekergeführte Selbstmedikation“, „Klassifikation von Medikamenten“, „Werbung“ und „Distribution“. Zudem wurde eine Fragebogenaktion ausgewertet, an der sich 16 Mitgliedstaaten beteiligt hatten. Die wirtschaftliche Bedeutung der Selbstmedikation (Stand Mai 1996) wird ebenso thematisiert wie Fragen der Preisgestaltung und Mehrwertsteuer sowie gesundheitspolitische Überlegungen der Ärzte. Die Stellungnahme kann beim Auslandsdienst der Bundesärztekammer, Herbert-Lewin-Straße 1, 50931 Köln angefordert werden. Renate Vonhoff