Während sich die Regionalkassen im Rahmen von Finanzhilfe-Abkommen über kassenartinterne Regionaltransfers verständigen können, gibt es für die überregionalen Kassen derzeit keine Möglichkeit, ihre kasseninternen Regionaltransfers zu beeinflussen („abzufedern"). Hierzu wäre zumindest die Option zur Kalkulation regional differenzierter Beitragssätze erforderlich (wobei die Differenzierung dann keineswegs nur auf die beiden „Regionen" Ost und West beschränkt zu bleiben bräuchte). Das in der Vergangenheit emotional hoch aufgeladene Thema regionaler Beitragssätze für alle Kassen - optional oder obligatorisch - scheint somit im „Ost/West-Kontext" fast zwangsläufig wieder auf die gesundheitspolitische Tagesordnung zu kommen. Dabei sollte vor allem auch beachtet werden, daß für die pluralistisch und wettbewerblich organisierte GKV andere Gestaltungskriterien gelten müssen als z.B. für die Arbeitslosen- und Rentenversicherung, die weder wettbewerblich noch primär auf die Finanzierung von Versorgungsleistungen ausgerichtet sind (bei denen, anders als bei Geldleistungen, Qualitäts- und Wirtschaftlichkeitsaspekte der Leistungserbringung eine zentrale Rolle spielen). Im Interesse einer sachbezogenen Debatte über eine systemgerechte Lösung der Ost/West-Problematik und der damit verbundenen „Folgeprobleme" wäre es insbesondere äußerst hilfreich, wenn möglichst frühzeitig Einvernehmen darüber erzielt werden könnte, daß für Eingriffe des Gesetzgebers in den regionalen Zuschnitt der Unternehmensorganisation der Kassen in einer wettbewerblichen GKV grundsätzlich kein Platz ist. Im übrigen unterstreicht nicht zuletzt die Status quo-Situation - getrennte Ost/West-Beitragssatzregionen der überregionalen Kassen -, daß für eine gleichzeitige Regionalisierung der Kassenorganisationen keine sachliche Notwendigkeit besteht. ©

Lothar Krimmel

Wichtiger Schritt in Richtung Feinsteuerung

Budgetablösung durch Richtgrößen zum 1. Januar 1998

Bereits zwei Monate nach Inkrafttreten der dritten Stufe der Gesundheitsreform haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und die Spitzenverbände der Krankenkassen eine Bundesempfehlung für budgetablösende Richtgrößenvereinbarungen ab dem 1. Januar 1998 vorgelegt. Angesichts der Auseinandersetzungen über die Budgetproblematik und des verbalen Schlagabtauschs im Verlauf des Gesetzgebungsverfahrens ist dies als erster großer Erfolg der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen nach Inkrafttreten der Neuordnungsgesetze anzusehen.

KBV und Spitzenverbände der Krankenkassen gehen gemeinsam davon aus, daß die budgetablösenden Richtgrößenvereinbarungen ab dem 1. Januar 1998 in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen wirksam werden. Um diesen Zeitplan einhalten zu können, haben die Vertragspartner auf Landesebene nunmehr nicht nur ausreichend Verhandlungszeit, sondern mit der Bundesempfehlung auch eine gute Verhandlungsgrundlage. Dabei sind sich angesichts der Probleme auf dem Datensektor beide Seiten bewußt, daß im Jahre 1998 für eine Reihe von Fragen vorläufige Problemlösungen zu gelten haben. Dies betrifft insbesondere die Altersgewichtung der Richtgrößen sowie den Ausschluß bestimmter Wirkstoffe aus der Richtgrößenverantwortung des Arztes. Hierauf wird im Folgenden noch einzugehen sein.

Bundesempfehlung ist nicht verbindlich

Die Bundesempfehlung zu den Richtgrößenvereinbarungen ist für die regionalen Vertragspartner keineswegs verbindlich. Es empfiehlt sich jedoch, angesichts der überregionalen Verflechtung in der Verordnung und Abgabe von Arzneimitteln den Richtgrößenvereinbarungen eine weitgehend einheitliche Grundstruktur zu geben. Wenn ein Mannheimer Versicher-

ter einer bayerischen Krankenkasse (z.B. BKK Siemens) an seiner Arbeitsstelle in Wiesbaden zum Arzt geht und das Rezept in einer Apotheke in Mainz einlöst, so sind vier Kassenärztliche Vereinigungen mehr oder weniger von diesem Prozeß betroffen. Würden in den Kassenärztlichen Vereinigungen weitgehend unterschiedliche Richtgrößenvereinbarungen zur Anwendung kommen, wäre eine Handhabung der jeweils eigenständigen Richtgrößenvereinbarungen kaum möglich.

Ein weiterer Vorzug der Bundesempfehlung liegt darin, daß sie im Falle einer Nicht-Einigung der Vertragspartner für die Schiedsämter durchaus als Richtschnur für die zu treffenden Entscheidungen herangezogen werden kann. Die unparteiischen Schiedsamtsvorsitzenden haben nach aller Erfahrung wenig Interesse daran, ausgesprochen differenzierte Regelungen, wie sie in einer Richtgrößenvereinbarung unvermeidlich sind, im einzelnen zu diskutieren. Aus diesem Grunde werden - trotz der formalen Unverbindlichkeit der Bundesempfehlung - die dort getroffenen Regelungen wohl weitgehend in die regionalen Vereinbarungen übernommen.

Allerdings steht es den Vertragspartnern vor Ort durchaus frei, auch bestimmte Bedingungen für die Richtgrößenprüfung einvernehmlich zu vereinbaren. Hierzu zählt z.B. die Festlegung einer KV-bezogenen Ausgabengrenze, bei deren Unterschreitung keine Richtgrößen-Regresse ausgesprochen werden. Dies hätte den Vorteil, daß in KVen ohne Ausgabenproblematik die aufwendigen Richtgrößenprüfungen stark reduziert werden könnten. Außerdem gäbe es neben dem individuellen Spar-Anreiz für den einzelnen Arzt aufgrund der Richtgröße noch eine kollektive Einspar-Motivation auf der Ebene der KV, was den Krankenkassen im Hinblick auf das Ausgabenergebnis mit Sicherheit entgegenkommen würde.

Besonders hinzuweisen ist auf die Tatsache, daß die Bundesempfehlung nichts anderes beschreibt als den Weg der Budgetablösung durch Richtgrößen. Sie regelt damit nicht die Verfahrensweise, mit der im gegenseitigen Einvernehmen der regionalen Vertragspartner Budgetvereinbarungen auch über den 1. Januar 1998 hinaus fortgeführt werden. Dies kann z.B. für die nach Inkrafttreten der dritten Stufe der Gesundheitsreform getroffenen, zeitlich befristeten Vereinbarungen in Nordbaden und Mecklenburg-Vorpommern der Fall sein.

Auch die Vertragspartner in den (wenigen) Regionen, in denen die Budgets bislang keine Probleme bereitet haben (z.B. Westfalen-Lippe), haben bereits erhebliches Interesse an einer Fortsetzung von Budgetvereinbarungen zu erkennen gegeben. Obwohl die Budgetablösung durch Richtgrößenvereinbarungen gesetzlich vorgegeben ist, wird eine im gegenseitigen Einvernehmen fortgesetzte Budgetvereinbarung mit hoher Wahrscheinlichkeit für einen Übergangszeitraum von mehreren Jahren auch von der Rechtsaufsicht der betreffenden Vertragspartner toleriert werden. Dies ist jedenfalls solange anzunehmen, wie auf die technischen Schwierigkeiten der Budgetablösung durch Richtgrößen - insbesondere im Zusammenhang mit der den Krankenkassen zur Verfügung stehenden Datenqualität - hingewiesen werden kann. Problematisch wird es allerdings dann, wenn es tatsächlich zu Budgetüberschreitungen kommt. In diesem Fall dürfte die Kassenärztliche Vereinigung gegenüber z.B. solchen Ärzten, die überhaupt keine Verordnung tätigen, in erhebliche Begründungsnot kommen, wenn die Budgetüberschreitung kollektiv auf alle Ärzte dieser Kassenärztlichen Vereinigung umgelegt würde. Im Ergebnis heißt dies, daß angesichts der gesetzlichen Vorgabe einer Budgetablösung durch Richtgrößenvereinbarungen Kollektivbudgets nur solange aufrechterhalten werden können, wie es nicht zu Budgetüberschreitungen kommt. Dies wiederum dürfte für die Krankenkassen Anlaß sein, in den betreffenden Regionen sachgerechten Budgetanpassungen zuzustimmen, um die rechtliche Haltbarkeit dieser Übergangslösung nicht zusätzlich in Frage zu stellen.

Zur Bildung von Richtgrößen

Im Hinblick auf die Bildung von Richtgrößen geht die Bundesempfehlung von einem Konzept aus, das den Gedanken der Budgetablösung durch Richtgrößenvereinbarungen sozusagen in das Berechnungsverfahren direkt überträgt. Hierfür sollen die auf das Jahr 1997 befristeten Budgets formal als Ausgabenvolumina ins Jahr 1998 weiterentwickelt werden, um dann regional und arztgruppenbezogen auf die Arzneimittelfallwerte je Arzt (Richtgrößen) heruntergebrochen zu werden. Bei diesem Verfahren spielt also der Anteil der Arztgruppe am regionalen Ausgabenbudget eine bedeutsame Rolle. Da dieser Anteil sich nicht direkt aus den Budgetergebnissen herleiten läßt, ist ein „Analogschluß“ aufgrund der sog. Arzneikostenstatistik notwendig, aus der die einzelnen Fachgruppenanteile am gesamten Verordnungsvolumen einer KV entnommen werden können. Das auf diese Weise festgestellte regionale Budgetvolumen je Arztgruppe wird durch die zuletzt abgerechneten Fallzahlen dieser Arztgruppe dividiert, um auf diese Weise die Richtgröße für Arznei- und Heilmittel als Fallwert je Arzt der betreffenden Arztgruppe zu erhalten.

Richtgrößen können selbstverständlich auch auf andere Weise gebildet werden, insbesondere unter Zugrundelegung eines aus der Vergangenheit bekannten durchschnittlichen Fallwertes je Arztgruppe. Es ist jedoch den Krankenkassenverbänden zuzustimmen, daß die nunmehr in der Bundesempfehlung verein-

barte Vorgehensweise den Aspekt der *budgetablösenden* Richtgröße besser wiedergibt.

Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten

Die Richtgrößen für Arznei- und Heilmittel stellen eine äußerst stringente Form der Wirtschaftlichkeitsprüfung dar. Bekanntlich hat gem. § 106 Abs. 5 a SGB V die Klage des Vertragsarztes gegen eine Regreßentscheidung des Beschwerdeausschusses keine aufschiebende Wirkung. Vor diesem Hintergrund war beiden Partnern der Bundesempfehlung daran gelegen, denjenigen Ärzten genügend Verordnungsspielraum zu geben, die aufgrund von Praxisbesonderheiten ein deutlich überdurchschnittliches Verordnungsvolumen benötigen, um die ihnen anvertrauten Patienten ordnungsgemäß versorgen zu können.

Ein wesentlicher Ansatz, um dies zu gewährleisten, ist die Zusammenstellung der Liste nach Anlage 2 der Bundesempfehlung. Es handelt sich hierbei um eine Zusammenstellung von Wirkstoffen, bei denen keine Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Anwendung außerhalb der jeweils zugelassenen Indikation oder für eine Mengenausweitung bestehen. Die derzeitige Anlage 2 zur Bundesempfehlung basiert auf den Beratungsstand vom April 1995. Die Partner der Bundesempfehlung werden jedoch diese Liste zügig überarbeiten, um alsbald zu einer aktualisierten Fassung zu kommen, die Grundlage für Richtgrößenprüfungen ab dem Jahre 1999 sein kann, in denen dann diese Wirkstoffe aus dem Prüfverfahren und damit aus der Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Vertragsärzte definitiv ausgeblendet werden.

In Verkennung des eigentlichen Ziels dieser Wirkstoff-Zusammenstellung wurde aus bestimmten Industriekreisen hiergegen polemisiert. Es handele sich um ein Wiederaufleben der „Listenmedizin", die doch mit der Zurücknahme der Positivliste durch den Gesetzgeber endgültig ad acta gelegt worden sei.

In derartigen Darstellungen kommt ein ausgesprochen fahrlässiger Umgang mit dem Begriff der „Listenmedizin" zum Ausdruck, der offensichtlich als zweckgebundenes Totschlagargument mißbraucht werden soll. Bei der angesprochenen Zusammenstellung handelt es sich zwar in der Tat um eine „Liste", die jedoch ebenso eine Liste ist, wie die Liste der Abgeordneten des Deutschen Bundestages oder die Liste der Mitglieder des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie.

Die Liste der von der Richtgrößenprüfung künftig auszunehmenden Wirkstoffe soll nun in der Tat diejenigen Wirkstoffe benennen, für deren Verordnung sich der Arzt künftig nicht mehr zu exkulpieren hat, weil das Morbiditätsrisiko insoweit an die Krankenkassen zurückfällt. Wie man ernsthaft diesen Tatbestand als „Listenmedizin" verunglimpfen kann, erschließt sich vielleicht doch nur dem Schöpfer dieser verqueren Argumentation.

Da die Liste der von der Richtgrößenprüfung ausgenommenen Wirkstoffe aus datentechnischen Gründen erst ab dem Jahr 1999 zugrundegelegt werden kann und weil die darin bezeichneten Wirkstoffe auch nur etwa 10 Prozent des GKV-Arzneimittelmarkts umfassen werden, haben die Partner der Bundesempfehlung in der Anlage 4 eine für die Ebene der Bundesempfehlung sehr tiefgehende Zusammenstellung von Praxisbesonderheiten vereinbart. Diese Zusammenstellung soll gewährleisten, daß in denjenigen Fällen, in denen Richtgrößenüberschreitungen des Arztes erkennbar durch Praxisbesonderheiten bedingt sind, die betreffenden Ärzte direkt von einer weitergehenden Prüfung und damit einer Regreßgefahr ausgenommen werden. Falls eine Prüfung trotz Vorliegens von Praxisbesonderheiten dennoch durchgeführt wird, sollen diese Praxisbesonderheiten zumindest bei der Feststellung der Höhe der Richtgrößenüberschreitung und damit der Festlegung eines eventuellen Regreßbetrages Berücksichtigung finden.

Es ist hinzuzufügen, daß die Vertragspartner auf Landesebene selbstverständlich von den in der Anlage 4 der Bundesempfehlung aufgeführten Praxisbesonderheiten abweichen und ggf. weitere zu berücksichtigende Praxisbesonderheiten vereinbaren können. Dem Arzt ist es darüber hinaus gestattet, auch weitergehende, nicht in der regionalen Prüfvereinbarung aufgeführte Praxisbesonderheiten, die aus seiner Sicht in seiner Praxis gegeben sind, im Prüfverfahren vorzubringen.

Ein wesentlicher Aspekt der regionalen Prüfvereinbarungen wird die Festlegung der Überschreitungsgrenzen sein, ab denen - nach Berücksichtigung der Praxisbesonderheiten - ein Regreß festzulegen ist. In der Bundesempfehlung wurde auf die in § 106 Abs. 5 a SGB V genannte Grenze von 25 Prozent verwiesen. Auf diese Weise müßten diejenigen Ärzte mit Regressen rechnen, die ihre regionale arztgruppenspezifische Richtgröße nach Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten - auf ein Kalenderjahr bezogen - um mehr als 25 Prozent überschreiten. Allerdings können die regionalen Vertragspartner durchaus auch abweichende Regreßgrenzen vereinbaren. Hinzu kommt, daß dem Arzt Gelegenheit gegeben werden soll, eine festgestellte Überschreitung durch Einsparungen im nachfolgenden Kalenderjahr auszugleichen, um auf diese Weise einem Regreß zu entgehen.

Bruttoprinzip versus Nettoprinzip

Eine wesentliche Rolle spielte in den Verhandlungen über eine Bundesempfehlung der Aspekt der für die Richtgrößenprüfung zugrundezulegenden Ausgabewerte. Dabei standen sich das sog. „Bruttoprinzip",

also die Zugrundelegung des gesamten Apothekenabgabepreises, und das sog. „Nettoprinzip" (Apothekenabgabepreis abzüglich des Kassenrabatts und der Patientenzuzahlung) gegenüber. Während das Bruttoprinzip durchaus anfällig ist für Umgehungsstrategien (z.B. Nicht-Weitergabe von Verordnungen unterhalb der Zuzahlungsgrenze durch Apotheker), führt das Nettoprinzip in seiner reinen Form zur Benachteiligung von Ärzten in sozial schwachen Regionen, in denen große Teile der Bevölkerung von Zuzahlungen befreit sind und damit die Nettokosten der verordneten Ärzte in Vergleich zum regionalen Fachgruppendurchschnitt in die Höhe treiben.

Vereinbart wurde schließlich ein Kompromiß, bei dem für die Durchführung der Prüfung und die Festlegung der sog. Regreßquote nach dem Bruttoprinzip, die Ermittlung der tatsächlichen Regreßhöhe jedoch nach dem Nettoprinzip vorgenommen wird. Dieser Wechsel auf das Nettoprinzip bei der Festlegung der tatsächlichen Regreßhöhe war bereits deswegen erforderlich, weil es den Vertragsärzten selbstverständlich nicht zugemutet werden kann, auch für solche Kosten zu haften, die vom Versicherten in Form von Zuzahlungen übernommen wurden und daher den Krankenkassen gar nicht entstanden sind. Das Problem einer möglichen Benachteiligung von Ärzten in sozial schwachen Regionen soll dadurch vermieden werden, daß ein hoher Anteil an zuzahlungsbefreiten Patienten als Praxisbesonderheit gewertet und bei der Prüfung entsprechend berücksichtigt wird. Im übrigen haben sich die Partner der Bundesempfehlung darauf verständigt, die Auswirkungen des nunmehr empfohlenen Vorgehens zu überprüfen und ggf. - soweit die datentechnischen Voraussetzungen dies zulassen - eine dritte Berechnungsweise zu empfehlen, die als sogenanntes „fiktives Nettoprinzip" das Problem der praxisindividuellen Zuzahlungsquote vollständig neutralisiert.

Fazit

Im Ergebnis können KBV und Spitzenverbände der Krankenkasse gemeinsam feststellen, daß mit der nunmehr vorliegenden Bundesempfehlung für budgetablösende Richtgrößenvereinbarungen ein wichtiger Schritt in Richtung auf die auch von der Gesundheitspolitik verlangte „Feinsteuerung" der Arzneimittelversorgung getan worden ist. Damit sind selbstverständlich noch längst nicht alle Probleme im Zusammenhang mit der Wirtschaftlichkeitsverantwortung der Vertragsärzte für verordnete Leistungen gelöst. Insbesondere im Hinblick auf die Durchführbarkeit von Richtgrößenprüfungen für Heilmittelverordnungen stellen sich angesichts der erheblichen Datenproblematik noch viele Fragen. Allerdings könnte die Wirtschaftlichkeit der Heilmittelversorgung auch auf andere Weise sichergestellt werden, insbesondere im Zusammenhang mit dem vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zu formulierenden Indikationskatalog.

Die Richtgrößenprüfungen werden das Verordnungsgeschehen für den Vertragsarzt keineswegs einfacher machen. Dies ist von der Ärzteschaft im Zusammenhang mit dem Kampf um die Ablösung anonymer Kollektivbudgets niemals behauptet worden. Die Kollektivbudgets haben jedoch sämtliche Probleme, die nunmehr im Rahmen von Richtgrößenprüfungen von beiden Seiten gelöst werden müssen, lediglich verdeckt und sie einseitig der Ärzteschaft zugeschoben. Im Zusammenhang mit Richtgrößenprüfungen sitzen die Krankenkassen nun jedoch wieder mit im Boot der Verantwortlichen für die Sicherstellung einer wirtschaftlichen Arzneimittelversorgung.

Es steht im übrigen zu erwarten, daß die Umstellung von Kollektivbudgets auf individuelle Richtgrößenprüfungen ein erhebliches psychologisches Potential bei denjenigen Ärzten freisetzen wird, die die Mechanik der Kollektivbudgets frühzeitig erkannt und ihre Verordnungsweise entsprechend angepaßt hatten. Nicht nur aufgrund dieses psychologischen Effekts zeugen „Schätzungen" aus den Reihen der Spitzenverbände der Krankenkassen, die auf richtgrößenbedingte Mehrausgaben von 3 Mrd. DM hinauslaufen, von wenig Sachkenntnis. Im übrigen haben es die Krankenkassen nunmehr selbst in der Hand, in den Verhandlungen über die Richtgrößenvereinbarungen den richtigen Mittelweg zwischen der notwendigen medizinischen Versorgung ihrer Versicherten und der Finanzierbarkeit der Arzneimittel- und Heilmitteltherapie zu finden. ©

Gesundheitspolitischer Informationsdienst

Nr. 30: 4. September 1997

Kein Defizit im Jahr 1997?
Seehofer vor der Bundespressekonferenz zur GKV-Finanzentwicklung des 1. Halbjahres 1997

Solidarität im Kassenwettbewerb?
Diskussion um einen Solidarfonds zur Angleichung der Krankenversicherungsbeiträge in West und Ost

Wasch' mir den Pelz, aber mach' mich nicht naß!
Anmerkungen zu einer nachdenklich machenden Podiumsdiskussion

Budgetablösung durch Richtgrößen
Krimmel gegen „fahrlässigen Umgang" mit dem Begriff der Listenmedizin

Der Streit um die Rehabilitation geht weiter
Werkstattgespräch der SPD-Bundestagsfraktion zur Zukunft der stationären Heilbehandlung für Kinder