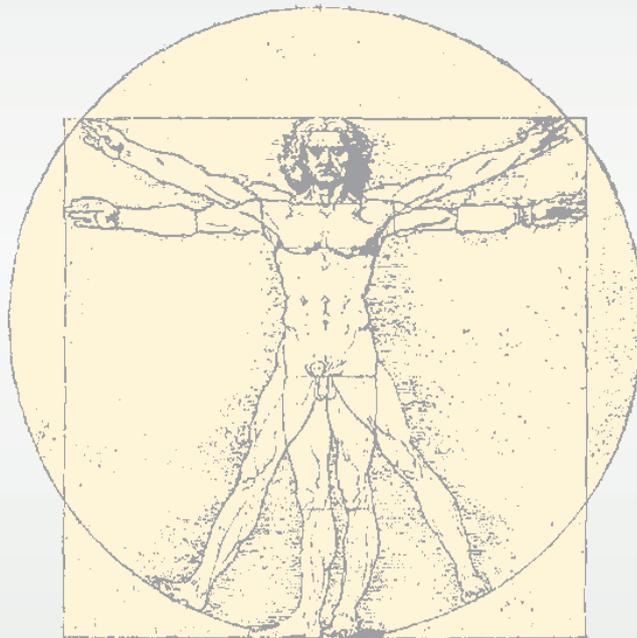


brennpunkt-  
gesundheitswesen.de





## GKV-Finanzen

### Trotz Beitrags- satzsiche- rungsgesetz erhebliches Defizit

In den ersten neun Monaten hat die gesetzliche Krankenversicherung trotz moderater Ausgabenentwicklung ein Defizit von 2,58 Mrd. € verbucht. Das Bundesgesundheitsministerium erwartet, dass im Gesamtjahr ein Defizit von 3 Mrd. € nicht überschritten wird. Hauptursache des Defizits ist die konjunkturelle Entwicklung, die zu einem Rückgang der beitragspflichtigen Einnahmen von 0,1 % geführt hat.

Die Entwicklung der Leistungsausgaben mit einem Zuwachs von 1,1 % wertet das BMGS als "moderat". Entlastend wirkt vor allem die Arzneimittelversorgung mit einem Ausgabenrückgang von 0,9 %. Ohne die Maßnahmen des Beitragssatzsicherungsgesetzes hätte das Ausgabenplus allerdings bei etwa 7 % gelegen. Den Zuwachs im Krankenhaus von 2 % sieht das BMGS als Bestätigung seiner Auffassung, dass sich Befürchtungen um die kostentreibende Wirkung der Fallpauschalen nicht bewahrheitet hätten. Kritik wird allerdings an den Krankenkassen selbst geübt, die ihre Verwaltungskosten mit einem Zuwachs von 3 % noch nicht im Griff haben. Die strikte Budgetierung ab dem kommenden Jahr werde die Kassen allerdings dazu zwingen, "ihren spezifischen Beitrag zur Ausgabenbegrenzung zu leisten", so Staatssekretär Klaus Theo Schröder.

### Beitragssatz- senkungen zweifelhaft

Unterdessen geht das BMGS nicht mehr davon aus, dass es 2004 als Folge der Gesundheitsreform rasch zu spürbar sinkenden Beitragssätzen kommen wird. Nur wenn sich die Konjunktur kräftig belebe, sei mit sinkenden Beiträgen im erwünschten Ausmaß von 0,7 Punkten ab dem Frühherbst 2004 zu rechnen.

## Aufstockung des Etats

### 1/3 für die sozi- ale Sicherung

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziales bekommt im vom Bundestag verabschiedeten Haushalt einen im Vergleich zu ursprünglichen Plänen um 1,6 Mrd. höheren Etat zugewiesen. Insgesamt fließen durch das BMGS 83,5 Mrd. €, davon 61,5 Mrd. € als Bundeszuschüsse in die Rentenversicherung und an die Bundesknappschaft. Allein der Etat von Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt verschlingt 32,4 % des Bundeshaushalts.



Eine Unsicherheit ist die teilweise staatliche Finanzierung versicherungsfremder Leistungen der Krankenkassen aus Steuermitteln. Nach dem Konzept des GKV-Modernisierungsgesetzes war vorgesehen, dies über Tabaksteuern zu finanzieren. Die entsprechenden Beschlüsse sind aber gegenwärtig parlamentarisch blockiert und werden bestenfalls im Lauf des Jahres 2004 wirksam.

## vertragspartner

---

### Erste Evaluation von Disease-Management-Programmen

#### Weder Ersparnisse noch Patientenvorteile

Disease-Management-Programme (DMP) bringen der gesetzlichen Krankenversicherung auch bei optimaler Gestaltung und Zielgruppenspezifität keine Ersparnisse, können aber den Patienten selbst nützen. Die bis jetzt angelaufenen DMP Diabetes verfehlen aber sowohl das Ziel, Mittel bei den Kassen einzusparen, als auch die Versorgung zu verbessern.

#### Fehlanreize durch RSA-Kopplung?

Zu diesem Ergebnis kommt eine Studie des IGES-Instituts (Berlin) im Auftrag der Techniker Krankenkasse. Die Hauptkritik läuft darauf hinaus, dass in der gegenwärtigen Verknüpfung von Disease-Management und Mittelzuflüssen aus dem Risikostrukturausgleich für die Kassen massive Anreize vorhanden sind, möglichst viele Patienten in die DMP einzuschleusen und dafür sind die Kassen auch bereit, den niedergelassenen Ärzten vergleichsweise hohe Honorare zu zahlen.

Unter diesen Bedingungen schätzt IGES, dass die DMP für die geplanten vier Indikationen zwischen 3 und 4 Mrd. € an zusätzlichen Kosten verursachen werden, die für Anreizsysteme und Bürokratie verwendet werden müssen.

#### DMP ohne Zielgruppenorientierung

Am Beispiel der bereits etablierten DMP Diabetes dekliniert IGES durch, wie unspezifisch und wenig zielgruppengerecht die strukturierten Behandlungsprogramme gestaltet sind. Gerade bei Diabetes müsse eine Fülle von Risikofaktoren positiv beeinflusst werden, um überhaupt einen messbaren Effekt auf Spätkomplikationen der Krankheit zu erzielen. Eine optimale Einstellung von HbA1c, Cholesterin, systolischem Blutdruck sowie gesunde Lebensweise (Verzicht auf Rauchen, Überernährung, Trägheit) erfordere eine hohe Compliance über Jahre, die nur bei einer Minderheit in der „Unterschicht-dominierten Zielgruppe“ durch Intensivberatung und -schulung zu erreichen sei. Im Ergebnis hält IGES nur etwa ein Achtel der Diabetiker für Disease-Management



gament-fähig. Gegenwärtig sei es aber das Ziel möglichst alle Patienten in die Behandlungsprogramme zu bekommen.

Die TK zieht daraus den Schluss, dass die Koppelung zwischen RSA und DMP zugunsten einer Fondslösung aufgegeben werden sollte.

## Antragsflut bei Disease-Management-Programmen

Rund 2000 Anträge für Disease-Management-Programme (DMP) liegen derzeit zur Akkreditierung beim Bundesversicherungsamt. Diese Genehmigung ist Voraussetzung dafür, dass die Kassen für in DMP eingeschriebene Versicherte zusätzliche Mittel aus dem Risikostrukturausgleich erhalten. Die hohe Zahl der Programme erklärt sich allein daraus, dass bislang nur Anträge von Einzelkassen, nicht jedoch von Kassenverbänden vorgelegt worden sind. Nach Auffassung des Präsidenten des Amtes, Rainer Daubenbüchel, sollten die Kassenverbände jedoch die Möglichkeit nutzen, für ihre Mitglieds-kassen DMP akkreditieren zu lassen. Den Verlust an Wettbewerb hält Daubenbüchel für akzeptabel.

## Ausnahmeregelung für rezeptfreie Arzneimittel

### Wenige Ausnahmen vorgeesehen

In seinen letzten Amtswochen hat der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine Reihe von Richtlinien verabschiedet und neue Projekte eingeleitet. Auf der Basis eines vom Arbeitsausschuss Arzneimittel-Richtlinien erarbeiteten Papiers hat der Bundesausschuss den Startschuss zur Anhörung der Beteiligten über die Ausnahmeregelungen für die durch das GKV-Modernisierungsgesetz generell ausgeschlossenen rezeptfreien Arzneimittel abgegeben. In der ersten Entwurfsversion sind nur wenige Arzneimittel, etwa ASS zur Thrombozyten-Aggregationshemmung, Antihistaminika gegen Allergie, sowie Johanniskraut gegen Depression als Ausnahmen für die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der Krankenkassen vorgesehen. Die endgültige Entscheidung trifft im neuen Jahr der neu besetzte und um die Krankenhaus-Organisationen erweiterte gemeinsame Bundesausschuss.

## Kontrolle bei der Verordnungsfähigkeit von Sondennahrung

Beanstandet hat das Bundesgesundheitsministerium erneut die Richtlinien zur Verordnungsfähigkeit von Sondennahrung. Das Ministerium steht auf dem Standpunkt, der Bundesausschuss hätte die betroffenen Patientengruppierungen - dies ist allerdings erst nach dem GMG erforderlich - anhören müssen. Der Bundesausschuss ist hingegen der Meinung, er hätte nach der ersten Beanstandung im Frühjahr 2002 kein erneutes Hearing durchführen müssen. Der Ausschuss wirft dem Ministerium nun vor, durch wiederholte Blockade Mehrbelastungen für die Kassen von bereits 200 Mio. € verursacht zu haben.



## Kritik an Heilmittelrichtlinien

Ferner hat der Bundesausschuss neue Heilmittel-Richtlinien verabschiedet, die vom Behinderten-Beauftragten des Deutschen Bundestages, Karl-Hermann Haack, massiv kritisiert werden. Neue Richtlinien zum Krankentransport gehen auf die nach dem GMG geänderte Gesetzeslage ein, die künftig auf die dringende medizinische Notwendigkeit von Behandlung und Transport bei der Erstattung der Kosten abstellt.

## KBV-Vertreterversammlung zur Organisationsreform

### KV-Consult für neue Vertragsgeschäfte

Mit großer Mehrheit hat die KBV-Vertreterversammlung einen heftigen Streit im KBV-Vorstand entschieden: Danach sollen Tochtergesellschaften der KVen (KV-Consult) für die Ärzte die Entwicklung und das Management neuer, nach dem GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehener Vertragsformen – Einzelverträge für die hausärztliche Versorgung, Verträge mit besonderen Qualifikationsanforderungen und Integrationsverträge - übernehmen.

Es sei bestimmungsgemäße Aufgabe der KVen, den Ärzten ein solches Know how zur Verfügung zu stellen, argumentiert der Protagonist dieses Modells, der stellvertretende KBV-Vorsitzende Dr. Leonhard Hansen. Dagegen sieht KBV-Vorstandsmitglied Dr. Werner Baumgärtner in diesem Modell den Nachteil, dass jeder Arzt, der einen Vertrag mit Hilfe einer KV-Tochter abschließt, den Staat und das Sozialgesetzbuch im Nacken hat. Baumgärtner hatte sich dafür stark gemacht, den von ihm aus der Taufe gehobenen Medi-Verbund mit dem Vertragsgeschäft zu beauftragen. Im Bereich seiner KV hat Medi einen Organisationsgrad von über 50 % der Ärzte - und erhebt darüber hinaus als private Organisation einen Monopolanspruch.

### Personalgetöse und KBV-Wahlkampf

Die Auseinandersetzung über die beiden alternativen Modelle war zeitweilig von einer Personaldebatte begleitet. Am Abend vor der Vertreterversammlung wurde über den Rücktritt von Dr. Werner Baumgärtner als KBV-Vorstandsmitglied spekuliert für den Fall, dass er seine Vorstellungen nicht würde durchsetzen können. Davon war am folgenden Tag nicht mehr die Rede. Offenkundig wurde aber, dass in der KBV der Wahlkampf eröffnet ist. Im nächsten Jahr müssen die Ärzte - als Folge der Organisationsreform durch das GKV-Modernisierungsgesetz - neue Vertretungen wählen. KBV-Chef Dr. Manfred Richter-Reichhelm wird dabei nicht mehr antreten.

## Neue Vertrags- und Versorgungsformen

### Diskriminierung Schwerstkranker durch Einzelverträge?

Überraschend haben die KBV und der Hausärzterverband BDA den Schulterchluss gefunden und lehnen einhellig Einzelverträge von Hausärzten mit den Kassen ab. Dies ist deshalb überraschend, weil das GKV-Modernisierungsgesetz es ausdrücklich erlaubt, dass Krankenkassen auch Verträge mit Gruppen oder Zusammenschlüssen von Hausärzten - jenseits der KVen - abschließen



können. Der BDA wäre somit nach dem Gesetz ein potentieller Vertragspartner. Die beiden Organisationen sind jedoch der Auffassung, dass die hausärztliche Versorgung durch ein hohes Maß an Qualifikation ein Niveau hat, das eine hervorragende Lotsenfunktion sowie die Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten garantiert. Verträge mit einzelnen Ärzten lehnen KBV und BDA ab, da es den Kassen aufgrund der hohen Kosten- und Leistungstransparenz - bei Ärzten und Patienten - gelingen könne, Ärzte, die schwer kranke Patienten betreuen und deshalb hohe Kosten verursachen, von Einzelverträgen auszuschließen.

## sonstiges

---

### Grundsatzentscheidungen zur GKV-Finanzierung

Beide große Volksparteien, die CDU und die SPD, haben auf ihren Parteitag Grundentscheidungen für die künftige Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung getroffen.

Im Kern folgte die CDU dabei dem von der Herzog-Kommission entwickelten Vorschlag einer einheitlichen Gesundheitsprämie für alle, mit der die Finanzlage der gesetzlichen Krankenversicherung unabhängig von der kurzfristigen wirtschaftlichen Entwicklung und den Lohnkosten werden soll. Zugleich soll die Gesundheitsprämie die Finanzierung der GKV auch bei erwarteter ungünstiger demographischer Entwicklung sichern. Den pauschalen Betrag eines jeden Bürgers von etwa 200 € monatlich rechtfertigte die CDU-Vorsitzende Angela Merkel so: "Die Gesundheit eines jeden einzelnen Menschen ist uns gleich viel wert." Der Solidarausgleich, der jetzt dem GKV-System immanent ist, soll künftig über das Steuersystem bewirkt werden.

#### Konflikt um Solidar- ausgleich aus Steuer- mitteln

Vor allem darüber liegt die CDU mit ihrer Schwesterpartei im Streit. Die CSU bezweifelt, dass sich im Steuersystem zusätzlich 27 Mrd. € oder mehr bewegen lassen, um die notwendigen Transfers zu finanzieren. Außerdem befürchtet sie, dass so subventionierte Gesundheitsleistungen jedes Jahr erneut von der Kassenlage des Finanzministers abhängig sind. Innerhalb der Union präferiert ihr Sozialexperte Horst Seehofer deshalb die Bürgerversicherung.

#### Götterdäm- mung der PKV?

Dafür hat sich auch der SPD-Parteitag - gegen den Willen des SPD-Vorsitzenden Gerhard Schröder - ausgesprochen. Zunächst waren von der Parteiführung lediglich Beschlussanträge vorgelegt worden, die darauf hinausgelaufen wären, die Bürgerversicherung als Reformoption zu prüfen. Das war dem Parteitag nicht konkret genug. Kern der Bürgerversicherung soll sein,



dass alle Bürger - auch Privatversicherte - an der solidarischen Finanzierung des Gesundheitswesens beteiligt werden. Dabei sollen alle Einkunftsarten in die Beitragsbemessung einbezogen werden. Es bleibt dabei, dass die Höhe des Beitrags vom Einkommen abhängig ist. Um zusätzliche Mittel zu mobilisieren, soll die Beitragsbemessungsgrenze erhöht werden. Warnungen des Kanzlers, man solle nicht so tun, als ob alle Punkte des Konzepts fachlich überprüft seien, mochten die Parteitags-Delegierten nicht beachten: Sie wollen die Bürgerversicherung.

## Arzneimittel-Innovationen

**Innovations-  
komponente  
durchschnitt-  
lich bei 4 %**

Neue Arzneimittel tragen zur Expansion der Arzneimittelausgaben offenbar weniger bei als bislang gedacht worden ist. Im Schnitt liegt die Innovationskomponente bei der Entwicklung der tatsächlichen Arzneiausgaben in den Jahren von 1995 bis 2002 bei etwa 4 % und schwankt zwischen 2,8 und 4,8 %. Das geht aus einer Studie des Mannheimer Wirtschaftswissenschaftler Professor Eberhard Wille im Auftrag von GlaxoSmithKline hervor. Wille hatte in seiner Studie das reale Ordnungsverhalten von Ärzten erfasst und dabei als Innovation nur diejenigen neu auf den Markt gekommenen Medikamente definiert, die innerhalb ihrer Wirkstoffgruppe überdurchschnittliches Wachstum erzielen, also andere Arzneien verdrängen. Diese rein ökonomische Definition von Innovation berücksichtigt keine pharmakologischen oder therapeutische Aspekte, enthält also keinerlei Wertung.

In der Studie kommt auch zum Ausdruck, dass Ärzte auf äußere Einflüsse wie politisch intendierte Kostendämpfung und Regressdruck mit Zurückhaltung beim Einsatz neuartiger Arzneimittel reagieren. Andererseits zeigte sich, dass Arzneimittel relativ kurze dynamische Produktzyklen haben. So verzeichneten im Jahr 2002 nur noch 44 % derjenigen Arzneimittel, die 4 Jahre und länger auf dem Markt waren, in ihrer Stoffgruppe ein überdurchschnittliches Wachstum. Die anderen 56 % hatten ihren Wachstumszenith schon überschritten, wurden also sukzessive von neueren Entwicklungen verdrängt. Das heißt aber auch, dass Ärzte relativ elastisch auf neuere Erkenntnisse aus der Wissenschaft reagieren.

## Sparpolitik in der Arzneimittelversorgung

**Existenzge-  
fährdung für  
Mittelstand**

Nahezu jedes zweite mittelständische Pharma-Unternehmen sieht als Folge der Gesundheitsreform seine Existenz als gefährdet an. 80 % der Firmen glauben an ein "Sterben des Mittelstandes". Diese Ergebnisse einer Umfrage unter rund 300 mittelständischen Pharma-Unternehmen, von denen 100 geantwortet hatten, präsentierte Professor Michael Brucksch von der privaten Berliner Steinbeis-Universität bei der Unternehmertagung des Bundesverbandes der Pharmazeutischen Industrie (BPI) in Berlin.



**Forschungs-  
standort  
Deutschland in  
der Krise**

Danach erwarten 80 % der Unternehmen als Folge des erhöhten gesetzlichen Rabatts und der Ausgrenzung rezeptfreier Arzneimittel Umsatzrückgänge, die zum Teil über 25 % betragen können. Mehr als zwei Drittel der Unternehmen werden Arbeitsplätze abbauen, 61 % der Firmen kürzen ihre Forschungsetats, ein weiteres Drittel hat sich Stagnation verordnet. Zunehmend attraktiver wird auch für den Mittelstand das Engagement im Ausland - nach der Analyse von Brucksch für Deutschland ein Risiko, weil die fähigsten Köpfe in der Forschung ihrer Heimat den Rücken kehren könnten.

Die Veröffentlichung von Erwartungen und Plänen von Unternehmen bewertet die Parlamentarische Staatssekretärin im Bundesgesundheitsministerium, Marion Caspers-Merk als "Erpressung". Die Drohung mit dem Abbau von Arbeitsplätzen sei "kein Zeichen von Verantwortung".



**Wir wünschen unseren Lesern ein  
frohes Weihnachtsfest und ein gesundes  
und erfolgreiches neues Jahr.**



**Impressum:**  
brennpunkt-gesundheitswesen.de  
wird herausgegeben von der  
Schering Deutschland GmbH  
Gesundheitswesen  
Max-Dohrn-Str. 10  
D-10589 Berlin  
Verantwortlich: Dr. med. Manfred Albring  
Telefon: (030) 3 49 89 - 161  
Telefax: (030) 3 49 89 - 365

Im Interesse einer möglichst vielseitigen Information werden auch Artikel übernommen,  
die nicht unbedingt mit der Meinung unseres Hauses übereinstimmen.



---

## Meinungen

---



**Dr. med. Andreas Köhler**  
Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der  
Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

### Morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen

#### Perspektiven, Chancen und Risiken

##### **Ausgangslage**

Die um einen Konsens zum Gesundheitsmodernisierungsgesetz ringenden Parteien hatten keine Probleme, sich auf den Glaubenssatz zu verständigen, dass durch mehr Wettbewerb der Krankenkassen, insbesondere bei der Vertragsgestaltung mit Ärzten, Krankenhäusern und anderen sogenannten Leistungsanbietern mehr Qualität bei niedrigeren Ausgaben erreicht werden kann. Schon im diesbezüglichen Eckpunktepapier zu den Konsensverhandlungen vom Juli 2003 wird die Zielrichtung deutlich: Die vertraglichen Gestaltungsmöglichkeiten für Krankenkassen sollen vor allem auf dem Gebiet von Einzelverträgen mit Vertragsärzten und Krankenkassen erweitert werden. An dieser Stelle setzte dann auch die Bereitschaft der Politik an, den bisherigen Budgetmechanismus zu verlassen: Er bietet keinen Ansatz für eine angemessene Verteilung begrenzter Ressourcen auf Kollektiv- und Einzelvertragsbasis. Wenn die Versicherten Wahlmöglichkeiten zwischen unterschiedlichen Versorgungsformen erhalten sollten, musste das Geld dem Versicherten folgen. Dabei musste jedoch auch berücksichtigt werden, dass die Wahlmöglichkeiten für Versicherte zu einer Entmischung der Risikokollektive führen. Dies gilt bei spezifischen Versorgungsangeboten in noch stärkerem Maße als bei der Wahl der Krankenkasse. Um eine solche angestrebte Flexibilisierung des



Vertragsgeschehens zu ermöglichen, wurden deshalb die Konsequenzen gezogen und eine weiterreichende Umgestaltung der vertragsärztlichen Vergütung eingeleitet:

- Die Krankheitsentwicklung der Bevölkerung soll für die Vereinbarung der Vergütung maßgeblich sein.
- Die vertragsärztliche Gesamtvergütung steht nicht länger im Voraus fest. Die Kollektivvertragspartner vereinbaren künftig Leistungsmengen und Preise, schließen auf der Basis des morbiditätsbedingten Mengen- bzw. Ausgabenrisikos der zu versorgenden Versicherten Gesamtverträge ab.
- Die Krankenkassen vergüten nur die nach der Vereinbarung von Ärzten abgerechneten Leistungen.

Damit folgt das Geld dem Versicherten, wobei es Aufgabe der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigungen ist, die Leistungsinhalte sowie die angestrebte Leistungsstruktur und –intensität der Vertragsform zu vereinbaren. Dieser explizite Versichertenbezug für Vergütungsvereinbarungen ist ein Paradigmenwechsel in der Gesetzgebung. Er unterscheidet die morbiditäts-spezifischen Regelleistungsvolumen von allen früheren Konzepten.

### **Morbiditätsbezogene Regelleistungsvolumen**

Regelleistungsvolumen (RLV) sind die Instrumente der neuen vertraglichen Steuerung: Vertragsärzte werden nach wie vor auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vergütet. Der EBM definiert das Spektrum der einzelnen abrechenbaren Leistungen je Arztgruppe und deren Wertigkeit in Punkten. Das Regelleistungsvolumen definiert die Leistungs- bzw. Punktmenge, die ein Vertragsarzt in einem definierten Zeitraum (Quartal) zu einem festen Punktwert abrechnen kann. Erbringt der Vertragsarzt mehr Leistungen, besteht grundsätzlich auch für diese Leistungen ein Vergütungsanspruch. Überschreitet der Arzt die Obergrenze seines Regelleistungsvolumens, erhält er allerdings nur 10 % des Regelpunktwertes.

Jeder Vertragsarzt erhält künftig ein solches Regelleistungsvolumen. Die Summe der Regelleistungsvolumen aller Vertragsärzte in einer Kassenärztlichen Vereinigung soll dem Versorgungsbedarf der Versicherten dieser Region entsprechen. Die Partner der Gesamtverträge müssen diesen Versorgungsbedarf vertraglich vereinbaren. Sie haben dabei die Zahl der Versicherten und die Morbiditätsstruktur zu berücksichtigen.

Um die Vielzahl möglicher Krankheitszustände für den Verhandlungs- und Vertragsprozess auf Landesebene erkennbar und überschaubar zu machen, haben die Partner der Bundesmantelverträge ein Patientenklassifikationssys-



tem zu vereinbaren, durch welches – ähnlich den diagnosebezogenen Fallpauschalen im Krankenhaus – alle Versicherten aufgrund der Merkmale Alter, Geschlecht und der bekannten Behandlungsdiagnosen einer begrenzten Zahl von Risikoklassen zugeordnet werden können.

In einer Risikoklasse werden all diejenigen Versicherten zusammengefasst, deren Krankheitszustände nach klinischen Kriterien und hinsichtlich ihrer Kostenwirkung als vergleichbar eingestuft werden können. Die Risikoklassensystematik liefert damit Näherungswerte des zu erwartenden Behandlungsbedarfs einzelner Versichertengruppen. Dabei ist die Genauigkeit, mit der die Risikoklassensysteme die Ausgaben für die einzelnen Versicherten- und Patientengruppen prognostizieren, ein wesentliches Qualitätsmerkmal. Ein Weiteres ist die Eignung der Risikoklassensystematik zur kritischen Analyse des Versorgungsbedarfs bzw. zur Plausibilisierung des ermittelten Behandlungsbedarfs.

Auf der Grundlage der ausgewählten Risikoklassensystematik verhandeln die Landesverbände der Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen dann über die zu vereinbarende Regelleistungsmenge bzw. ihre Weiterentwicklung, ihre Struktur sowie über die Aufteilung der Leistungsmenge auf die unterschiedlichen Arztgruppen.

Durch die Einführung von Regelleistungsvolumen ändert sich nichts am Prinzip des Kollektivvertrags, insbesondere entsteht durch Regelleistungsvolumen kein direktes Vertragsverhältnis zwischen Krankenkasse und Vertragsarzt. Nach wie vor richtet sich der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes gegen seine Kassenärztliche Vereinigung, nach wie vor obliegt dieser die Aufgabe, mit dem Vertragsarzt abzurechnen. Jedoch tritt an die Stelle der bisherigen Entscheidungsautonomie der Kassenärztlichen Vereinigungen über die Regeln der Honorarverteilung eine einheitliche vertragliche Vereinbarung mit den Verbänden der Krankenkassen auf Landesebene über das Verfahren der Berechnung und Zuweisung von Regelleistungsvolumen.

### **Regelleistungsvolumen als Instrument der Honorarverteilung bis 2007**

Im Wege der Vorbereitung auf die Ablösung der Budgets durch die vertragliche Steuerung mittels morbiditätsbezogener Regelleistungsvolumen sind die Vertragspartner auf Bundes- und Landesebene deshalb gemäß § 85 Abs. 4 SGB V aufgefordert, schon ab 01. Juli 2004 die Honorarverteilungsmaßstäbe nach Vorgabe des Bewertungsausschusses mittels Regelleistungsvolumen zu vereinbaren – allerdings unter Budgetbedingungen. Damit die Zahl tiefgreifender Veränderungen sich auch für die Vertragsärzte in Grenzen hält, bietet es sich vermutlich an, bereits im Jahr 2004 ein Regelleistungsvolumen unter Bezugnahme auf die Arbeitszeitgrenze einzuführen. Dabei wird unter



Zugrundelegung der Bewertung einer Arztminute, eines Kostensatzes je Minute und einer Referenzarbeitszeit ein auf das Quartal bezogenes Regelleistungsvolumen ermittelt, das für jede Arztgruppe in einer Kassenärztlichen Vereinigung die Obergrenze derjenigen Leistungen abbildet, für die ein fester Punktwert vereinbart wird.

### **Budgetablösende Regelleistungsvolumen**

Was unterscheidet diese Regelleistungsvolumen von den Regelleistungsvolumen, die ab 01. Januar 2007 eingeführt werden? Die Namensgleichheit ist verwirrend, denn es handelt sich um systematisch völlig unterschiedliche Instrumente. Die Instrumente der Honorarverteilung wirken sich definitionsgemäß nicht auf die Höhe der Gesamtvergütung aus. Durch die bis zum 01. Januar 2007 gültigen Regelleistungsvolumen wird die Geldmenge, die eine Krankenkasse für die Versorgung ihrer Versicherten an die Kassenärztliche Vereinigung zu leisten hat, nicht beeinflusst. Die Regelleistungsvolumen gemäß § 85a und b SGB V, die ab 01. Januar 2007 gelten, sind dagegen eine vertragliche Steuerung der Leistungsmenge, durch die per definitionem die Höhe der Gesamtvergütung ermittelt wird. Dabei gilt der Grundsatz „Geld folgt vereinbarter Leistungsmenge“. Diese Leistungsmenge wird primär durch die Bezugnahme auf den Versorgungsbedarf des Versicherten ermittelt. Dennoch sind die Regelleistungsvolumen nach § 85a und b SGB V keine Budgets. Sie begrenzen nicht die Zahlungspflicht der Kostenträger, sondern binden sie an zu vereinbarende Kriterien. Dieses soll vor allem eine Planbarkeit der Finanzströme für Krankenkassen und für Vertragsärzte ermöglichen. Gesteuert wird die Leistungsmenge durch die Vereinbarung der erwarteten bzw. gewünschten Mengengrenzen und den Negativanreiz einer stark abgesenkten Vergütung, sofern der Arzt die vereinbarte Leistungsmengengrenze überschreitet. Deshalb erkennt der Gesetzgeber grundsätzlich einen Vergütungsanspruch der Vertragsärzte auch für Leistungen an, die Vertragsärzte über die geplanten Mengensätze hinaus erbringen. Die Gesamtvertragspartner müssen jedoch vereinbaren, unter welchen Bedingungen diese Leistungen zu vergüten sind. Der Gesetzgeber erkennt damit an, dass nicht alle Determinanten des Versorgungsbedarfs aus Vergangenheitswerten extrapoliert und in der Planung des Mengengerüsts berücksichtigt werden können. Dieses eröffnet die Möglichkeit, Veränderungen der Inanspruchnahme oder Leistungsmuster aufgrund eines geänderten Inanspruchnahmeverhaltens der Patienten oder aufgrund eines veränderten Angebotsverhaltens in anderen Leistungssektoren vertraglich zu berücksichtigen.

Im Ergebnis gilt: Die Gesamtvertragspartner planen Mengenkontingente durch die Regelleistungsvolumen und die Kriterien zur Vergütung zusätzlicher Leistungen. Auf der Grundlage des vereinbarten Punktwerts erhalten Ver-



tragsärzte dafür definierte Vergütungsansprüche, welche die Krankenkassen zu den vereinbarten Bedingungen bedienen müssen. Anders als bisher müssen die Krankenkassen jedoch keine Zahlung für nicht eingelöste Mengenkontingente leisten. Die tatsächlich erbrachte Leistung bestimmt folglich den Vergütungsanspruch des Arztes und die Zahlungspflicht der Krankenkasse. Risiko und Chance liegen hier eng beieinander, wobei aufgrund der demographischen Entwicklung der Bevölkerung und der damit einhergehenden Veränderung der Morbidität die Chancen größer als die Risiken für die Vertragsärzte sein dürften. Ob und inwieweit sich künftige Leistungsvolumen von Budgets unterscheiden, wird jedoch davon abhängen, welche Bedingungen die Vertragspartner zur Anerkennung eines höheren als beim Vertragsabschluss geplanten Leistungsbedarfs vereinbaren.

Anschrift des Autors

**Dr. med. Andreas Köhler**

Stellvertretender Hauptgeschäftsführer  
der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Herbert-Lewin-Str. 3  
50931 Köln

**Dr. med. Andreas Köhler**

1960 geboren in Hambrücken/Baden

1981-1987	Studium der Humanmedizin
1987-1989	Chirurgische Weiterbildung
1989-1994	Studium der Betriebswirtschaft
1989-1993	Sanitätsoffizierslaufbahn bei der Bundeswehr
1993-1994	Geschäftsführer einer Klinik/eines Hotels
1995-1997	Tätigkeit als Referent bei der KBV
1998	Referent für Grundsatzfragen der KV Südwürttemberg
1998-2002	Leiter des Dezernates "Gebührenordnung und Vergütung" der KBV
seit 11/1999	Stellvertretender Hauptgeschäftsführer der KBV



---

## Meinungen

---



**Dusan Tesic**  
Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen  
Vereinigung, Berlin

### Das Monopol der KV oder: Der größte Feind der Wahrheit ist die Überzeugung

**In der begleitenden Debatte um das Gesundheitsmodernisierungsgesetz war das „Verhandlungsmonopol“ der Kassenärztlichen Vereinigungen ein großer Streitpunkt. Der nachfolgende Beitrag greift wichtige Aspekte und Argumente dieser Diskussion auf :**

Im Gesundheitssektor ist seit längerem ein Ächzen und Stöhnen zu vernehmen. Diesmal sind nicht Ärzte und ihre Patienten gemeint, sondern KV-Kritiker im Vollbesitz ihrer körperlichen und geistigen Kräfte. Ihr Problem: Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die sie als Monopol oder Kartell betrachten, das es zu knacken gilt.

So titelte das Handelsblatt am 25.08.2003: "Knackt das Kartell in Weiß". Den Kritikern macht der Gesetzeskompromiss zur Veränderung des Gesundheitswesens zwischen den Regierungsparteien sowie CDU/CSU zu schaffen, dem sie schon jetzt einen Misserfolg prophezeihen. Insbesondere deshalb, weil darin die Kassenärztlichen Vereinigungen nicht zugunsten eines Einkaufswettbewerbs zwischen den Krankenkassen um niedergelassene Ärzte aufgelöst oder in ihren wesentlichen Funktionen kaltgestellt werden sollen.

Monopol, Kartell ... Tatsächlich kann dem unbedarften Zeitgenossen bei solchen Begriffen die nackte Angst befallen. Monopole werden schließlich oftmals als Gefahr wahrgenommen: Vom Ölpreiskartell hat er vielleicht schon gehört – und als Autofahrer weiß er von eigenen negativen Erfahrungen zu berichten, wenn er an der Tankstelle sehen muss, dass der Benzinpreis wie-



der einmal gestiegen ist. Monopole und Kartelle im Wirtschaftsleben sind auch sonst regelmäßig Gegenstand kritischer Betrachtungen. Nahezu wöchentlich berichten Zeitungen über Preisabsprachen in der Bauindustrie und anderen Branchen, über Strafgehalte des Kartellamtes oder Anklagen vor Gerichten. Monopole, so die Botschaft, werden bei ihrer Aufdeckung im Wesentlichen deshalb bestraft oder gar aufgelöst, weil sie aufgrund ihrer marktbeherrschenden Stellung – zum Beispiel über Preisabsprachen – Extraprofite zum Ziel haben. Die Zeche zahlt zu oft der Verbraucher.

### **Der Angstgegner, den kaum einer kennt**

Vor diesem Hintergrund ist die Etikettierung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Monopol bzw. Kartell eine populäre und sehr einprägsame Formel. Zwar weiß die überwiegende Mehrzahl der Menschen in Deutschland nicht, was Kassenärztliche Vereinigungen sind und welche Aufgaben sie erfüllen, aber sie weiß, dass Monopole oder Kartelle das Gemeinwohl schädigen und deshalb besser heute als morgen aufzulösen sind. Da die Kassenärztlichen Vereinigungen von Repräsentanten politischer Parteien, Krankenkassen, Gewerkschaften, Arbeitgeberverbänden und auch in den Medien bei jeder Gelegenheit als Monopole bezeichnet werden, liegt der Schluss nahe, sie zu zerschlagen oder ganz abzuschaffen.

Solche Strategien sind auch in anderen gesellschaftlichen Bereichen anzutreffen: Einer – warum auch immer – missliebigen Organisation wird ein negativ besetztes Etikett angehängt, um ihre Auflösung scheinbar einleuchtend begründen zu können.

Im Falle der Kassenärztlichen Vereinigungen kommt überdies der Umstand hinzu, dass sich ihre Deklaration als Monopol bzw. Kartell im Verlauf der Zeit verselbstständigt hat und so sehr zur Ideologie wurde, dass ihre nicht erfolgte Abschaffung im Entwurf zum Gesundheitsreformgesetz zu Kassandrurufen herhalten muss. Das Weiterbestehen der Kassenärztlichen Vereinigungen bedrohe das Gesundheitssystem insgesamt.

### **Schwindel? Legende?**

Im Angesicht solcher schweren wie öffentlichkeitswirksamen Geschütze gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen als Monopol bzw. Kartell drängt sich die Frage auf: Handelt es sich um einen Schwindel, eine Legende, um das vermeintliche Machtgefüge zugunsten der Krankenkassen zu verschieben?

Überhaupt: Was sind eigentlich die Kernmerkmale eines Monopols bzw. Kartells und treffen diese Merkmale auch auf die Kassenärztlichen Vereinigungen zu?



Ein Monopol/Kartell vermag aufgrund seiner Anbietermacht bzw. Kartellabsprache und bei einer nur sehr unelastischen Nachfrage (etwa beim Öl oder Benzin) seine Preisvorstellungen innerhalb gewisser Grenzen weitgehend durchzusetzen. Dadurch realisiert es Extraprofite zu Lasten der Verbraucher und auch anderer Wirtschaftsbereiche, wo zwangsläufig die Nachfrage zurückgeht.

Vor dieser essentiellen Merkmalbestimmung eines Monopols ist die Etikettierung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) als Monopol geradezu grotesk. Die KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts, der Staat hat ihr unter anderem die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung übertragen. Die KV tritt also selbst als Anbieter im Sinne der Monopoldefinition oder der Wirkung eines Kartells nicht auf und ist deshalb mitnichten ein gewinnmaximierendes Unternehmen. Sie hat aber dafür zu sorgen, dass für diesen ihr übertragenen Sicherstellungsauftrag auch die zu seiner Umsetzung erforderlichen finanziellen Mittel von den Kassen bereitgestellt werden, um die ambulanten ärztlichen Leistungen (zweckmäßig, ausreichend und das Maß des Notwendigen nicht übersteigend) erbringen zu können.

### **Verhandlungsmonopol oder: Wie eine Kassenärztliche Vereinigung verhandelt**

Dazu verhandelt die KV mit jedem Landesverband der jeweiligen Kassen (AOK, VdAK, IKK, BKK etc.) einzeln über die jährlichen Gesamtvergütungen. Einigen sich beide Vertragspartner nicht, so gibt es eine zwingend vorgeschriebene Schiedsamtverhandlung. Im Schiedsverfahren selbst sind Repräsentanten der KV und der Krankenkassen paritätisch vertreten, hinzu kommen ein neutraler Vorsitzender und zwei weitere unparteiische Mitglieder, die jeweils von einem der beiden Lager benannt werden. Meist entscheidet die Stimme des Vorsitzenden das Verfahrensergebnis, das dann für beide Seiten verbindlich ist.

Also: Auch von einem Verhandlungsmonopol der KV kann keine Rede sein. Bei einem Dissens mit den Kassenverbänden kann sie ihre Preis- bzw. Vergütungsvorstellung nicht einseitig durchsetzen. Im Streitfall setzt vielmehr eine gesetzlich vorgeschriebene Instanz auch gegen den Willen der KV die Gesamtvergütung fest. Ist also der Monopolbegriff bezogen auf die KV schon aus diesem Grund völlig deplaziert, so wirkt er erst recht absurd, wenn deutlich wird, dass seit 1993 das Wachstum der jährlichen Vergütung der Ärzte gesetzlich festgelegt ist. Es darf höchstens mit dem Wachstum der beitragspflichtigen Einnahmen der Kassen steigen. Oft genug gelang es den Kassen über die Schiedsämter sogar, eine geringere Steigerung der Gesamtvergütung – unterhalb dieses vom Gesetzgeber zugestandenen Grundlohnsummenwachstums – durchzusetzen.



---

### **Vor den KVen gab es Ärztestreiks**

Doch geben die Gegner der KV trotz dieser Faktenlage nicht klein bei. Es sei doch ein Monopolmerkmal, dass die KV für ihre Vertragsärzte und psychologische Psychotherapeuten insgesamt verhandele, sagen sie.

Zunächst muss man wissen, dass der Staat mit der Errichtung von Kassenärztlichen Vereinigungen und der im Konfliktfall mit den Kassen einsetzenden Zwangsschlichtung verhindern wollte, dass – wie in den 20er bzw. 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts – Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten in Streikaktionen der Ärzte münden und damit zu einer ernststen Gefährdung der flächendeckenden ambulanten Versorgung der Bevölkerung werden.

Überdies verhindern gerade die Zwangsmitgliedschaft aller Vertragsärzte in der KV und deren Vertragshoheit, dass von den Kassen speziell präferierte Arztgruppen in sonst freien Einzelverträgen quasi als Monopolgruppe besonders hohe Preise durchsetzen können.

Hin und wieder wird gegen die KVen auch angeführt, sie ließen ungehindert immer mehr Ärzte zu, und nähmen billigend in Kauf, dass dadurch das Durchschnittseinkommen eines Arztes sinke. Eine solche Behauptung zeugt mindestens von Unkenntnis der Sachlage: Richtig ist nämlich, dass über die Ärztezahle in einer KV-Region gesetzlich eingerichtete Ausschüsse entscheiden (die Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen) und nicht die KV allein. Zudem werden die Bedarfsrichtlinien vom Bundesausschuss Ärzte/Krankenkassen aufgrund eines Gesetzes verbindlich für alle KV-Regionen festgelegt. Es ist dies eine politische bzw. verfassungsrechtliche Fragestellung, die vor allem von der Politik zu lösen ist, sofern sie der Meinung ist, dass es zu viele Vertragsärzte in Deutschland gibt.

### **Die Kassen können's nicht richten**

Wer also glaubt, auch die (Über)Kapazitätenfrage der KV anlasten zu können, liegt ebenfalls falsch, zumal dann, wenn sie über eine mengenbegrenzende Einkaufspolitik der einzelnen Kassen gelöst werden soll. Letzteres würde zu enormen Verwerfungen im ambulanten ärztlichen Sektor führen. Gewerkschaftsähnliche Organisationen von Arztgruppen (siehe die Gründungen von MEDI) würden die Folge sein. Je nach Stärke einer Arztgruppe auf der einen Seite und Bedarf der Krankenkassen auf der anderen Seite würden Konflikte dann streikähnlich ausgetragen werden. Eine sichere flächendeckende Versorgung der Bevölkerung würde dann nicht mehr zu gewährleisten und eine staatliche Intervention schließlich unausweichlich sein.



Ins Feld zu führen ist schließlich auch die Qualität der Leistungserbringung, weil auch hier die Kassenärztlichen Vereinigungen unzulässig in einem Atemzug mit den Aufgaben anderer Beteiligten genannt werden: Soweit die Abrechnungen der Ärzte an besondere personelle, apparative und räumliche Qualitätsanforderungen geknüpft sind, werden entsprechende Anträge von Ärzten seitens einer KV auf Vorliegen solcher Voraussetzungen geprüft. Sind sie gegeben, erhält der Arzt eine Abrechnungsgenehmigung. Hingegen fällt die Ausbildung der Ärzte sowie die Fort- und Weiterbildung bislang nicht in die Zuständigkeit der KV. Letzteres soll sich mit der Gesundheitsreform nun ändern. Aber auch dann sind und bleiben die Kultusminister der Bundesländer für die Ausbildung der Ärzte zuständig. Die Kritik am Ausbildungsgang, der zu wenig patientenbezogen sein soll, trifft die Länder und nicht die KV.

### **Hoher Preis für die Aufgabe des Sicherstellungsauftrags**

Geklagt wird von den Gegnern der KV, dass die Kassenverbände ärztliche Vergütungen nur mit den Kassenärztlichen Vereinigungen und damit für alle Ärzte vereinbaren müssen. Dadurch würden auch qualitativ schlechte Ärzte bezahlt, die gleich hohe oder per Hamsterrad sogar noch höhere Honorare erhalten als gut arbeitende Ärzte. Deshalb fordern sie, dass jede Kasse für ihre Versicherten, die von ihr für notwendig erachtete Ärztezahl und -struktur einkaufen soll. Damit ist über die Gewährleistung der Angebotsqualität durch die Krankenkassen überhaupt nichts gesagt. Jedoch würde die Umsetzung dieser Forderung zu einer Zersplitterung des bisherigen flächendeckenden und für alle Kassenversicherten gleichermaßen zugänglichen Ärzteangebots führen. Diesen KV-Sicherstellungsauftrag aufzugeben, würde bedeuten: Die Versicherten hätten im Bedarfsfall nicht mehr die freie Arztwahl unter allen erreichbaren Ärzten. Sie dürfen dann nur jene Ärzte aufsuchen, die mit ihrer Kasse einen Vertrag haben, oder sie erhalten von einem Arzt, der keinen Vertrag mit ihrer Kasse hat, eine Privatliquidation, wobei offen ist, ob und in welcher Höhe ihre Kasse ihre Privatauslagen erstatten wird.

Na und (!) wird man einwenden, schließlich könne der Versicherte jederzeit seine Kasse verlassen und in eine andere eintreten, falls er mit dem Arzt-Angebot seiner bisherigen Kasse nicht einverstanden ist. Theorie und Praxis fallen – wie in anderen Bereichen – weit auseinander. Insbesondere chronisch Kranke und alte Menschen verfügen nicht über die Mobilität und die Informationsflexibilität von jüngeren Versicherten. Chronisch kranke Versicherte wechseln, auch wenn sie mit den "Kassenärzten" nicht zufrieden sein sollten, nur selten die Kasse, obwohl sie schon heute vielfältige Möglichkeiten dazu haben, beispielsweise wegen einer Beitragssatzerhöhung. Tatsache ist – und viele Kassen beklagen es selbst –, dass meist nur die jungen und im wesentlichen gesunde Mitglieder wechseln.



Gegenüber der bereits vorhandenen Möglichkeit für Versicherte jeglicher Kassen, unter allen KV-Vertragsärzten jederzeit wählen zu können, würde sich die Zahl der wählbaren Ärzte auf diejenigen beschränken, die einen Vertrag mit der gewählten Kasse haben. Und was die Qualität der von den Kassen eingekauften Ärzte angeht, ist sehr fraglich, ob die aus Kassensicht qualifizierten Ärzte ihrerseits mit jeder Kasse auch ohne weiteres Verträge abschließen wollen. Insbesondere der von allen Krankenkassen dann nachgefragte Teil der Ärzteschaft würde entsprechende Vergütungsforderungen stellen, die zu erfüllen einzelne Krankenkassen gar nicht in der Lage wären. In der Konsequenz eines solchen „Marktprozesses“ würden jene Ärzte übrig bleiben, deren Leistungsqualität die Kassen heute bemängeln.

### **Die Crux mit der Zwangsmitgliedschaft**

Es ist paradox: Die Kassenärztlichen Vereinigungen, die aufgrund der Zwangsmitgliedschaft der Ärzte und ihres kollektiven Verhandlungsmandats Monopolstrukturen innerhalb der Ärzteschaft geradezu verhindern, werden von ihren Kritikern als Monopol denunziert, wissend, dass KVen wegen des gesetzlichen Schlichtungszwanges kein Preisdiktat ausüben können.

Sicher – die Zwangsmitgliedschaft der Vertragsärzte in der KV und die alleinige Verhandlungshoheit der KV für alle Vertragsärzte wird durchaus auch von einzelnen Arztgruppen als Last empfunden. Sie glauben vor dem Hintergrund ihres eigenen Leistungsspektrums und dessen qualitätsgesicherter Erbringung, selbst die besseren Verhandlungsführer in eigener Sache zu sein, auch und gerade in Bezug auf ihre Vergütung.

KV-Gegner machen sich auch dies zu eigen. Wunschdenken der Kritiker und Realität klaffen aber deutlich auseinander: So ist die Gefahr einer echten Monopolbildung an anderer Stelle hinreichend dargelegt worden und legt zugleich den Umkehrschluss nahe: Die KV geht schon heute so weit wie möglich auf besondere Interessen einzelner Arztgruppen ein. Aber sie muss dabei stets das Gesamtinteresse aller ihrer Mitglieder und die Sicherstellung der gesamten ambulanten Versorgung im Auge haben. Das schafft einerseits eine konfliktträchtige Situation, gewährleistet andererseits aber auch den notwendigen Interessenausgleich, denn die Wahrnehmung des gesamten Sicherstellungsauftrags verhindert schließlich, dass Arztgruppen mit besonderer Versorgungsbedeutung im ambulanten Sektor ihre besondere Lage zu monopolartigem Verhalten gegenüber den Krankenkassen ausnützen können.

### **Fazit**

Die Kritiker der KVen mögen ihre Abschaffung zugunsten der Machterweiterung der Krankenkassen (Einkaufsmacht) in der Überzeugung fordern, das



---

deutsche Gesundheitssystem dadurch qualitativ noch besser und sogar kostengünstiger betreiben zu können. Den Beweis resp. die Stichhaltigkeit ihrer Argumente bleiben sie indes schuldig.

Man darf einigen von ihnen sogar unterstellen, dass sie an die Stelle schlagkräftiger Argumente populistische Positionen setzen, wozu eben auch die Legende vom Monopol der Kassenärztlichen Vereinigungen gehört. Und wenn sie behaupten, dies aus Überzeugung zu tun, dann sei ihnen mit dem Philosophen Friedrich Nietzsche vor Augen geführt, wie gefährlich Überzeugungen manchmal sein können: Der größte Feind der Wahrheit, sagt Nietzsche, ist nicht die Lüge, sondern die Überzeugung.

### **Zwischenüberschriften von der Redaktion**

#### **So steht's im Lexikon**

Monopol = Marktform mit nur einem Anbieter. Der Anbieter ist Monopolist. Gegenüber der Preisbildung der vollkommenen Konkurrenz entsteht beim M. ein M.-gewinn, den der Monopolist durch seine Preissetzung (er setzt den Preis, bei dem sein Grenzerlös seinen Grenzkosten gleich wird) oder seine Mengenfixierung zu maximieren trachtet. Neben diesem reinen M. gibt es noch weitere Formen: z.B. das bilaterale M. (Marktform mit einem Anbieter und einem Nachfrager) und das staatliche M. (Beispiel: Branntwein-M.).

Kartell = Absprache und Zusammenschluss rechtlich und wirtschaftlich selbständig bleibender Unternehmen durch Beschränkung des Wettbewerbs, um Produktions- od. Marktverhältnisse zu beeinflussen. K. sind nach dem Gesetz gegen Wettbewerbsbeschränkungen unwirksam, ebenso aufeinander abgestimmtes Verhalten (...).

Quelle: Wirtschaftslexikon von A-Z, Naumann & Göbel, Band II, III

(Quelle: KV-Blatt 10/2003)

Anschrift des Autors  
**Dusan Tesic**  
Hauptgeschäftsführer der  
Kassenärztlichen Vereinigung Berlin  
Bismarckstraße 95/96  
10625 Berlin



---

**Dusan Tesic**  
geboren 1947

1969	Hochschulreife in Dortmund
1969 – 1974	Studium der Volkswirtschaftslehre an der Freien Universität Berlin
1975 – 1980	Hochschulassistent an der FU Berlin, Fachbereich: Wirtschaftstheorie
1980 – 1985	Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Deutschen Zentrum für Altersfragen, Berlin
1985 – 1990	Abteilungsleiter Vertragswesen des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen
1990	Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Enquete-Kommission des Deutschen Bundestages: GKV-Reform
1990 – 1997	Unternehmensbereichsleiter Vertragsmanagement bei der AOK Berlin
1997	Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin
seit 1998	Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin



---

## Meinungen

---



**Prof. Dr. med. Michael Schlander**  
Hochschule für Wirtschaft, Ludwigshafen am  
Rhein

### Une Simplification Terrible?

#### **Anmerkungen zur geplanten Nutzenbewertung von Arzneimitteln aus gesundheitsökonomischer Perspektive**

Noch bevor das „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) überhaupt in Kraft getreten ist, räumen seine Protagonisten schon ein: „Nach der Reform ist vor der Reform.“ Gleichwohl wurden mit dem GMG-Konsens vom 22. Juli 2003 Fakten geschaffen, die das Gesundheitssystem in den nächsten Jahren verändern werden. Auch wenn – entgegen der Absicht der Bundesregierung – eine „Vierte Hürde“ für neue Arzneimittel nicht eingeführt wird, so lohnt es sich doch, einen prüfenden Blick auf den zu dieser Frage gefundenen Kompromiss zu werfen.

Zu den Ausgangspunkten der Diskussionen über eine „Vierte Hürde“ zählte die Erkenntnis, dass neue Technologien der entscheidende Kostentreiber des Gesundheitssystems sind, verknüpft mit einer unverändert sektoralen Betrachtung der Arzneimittelausgaben. Deren Anteil an den Ausgaben der GKV hat seit dem Jahr 1995 kontinuierlich zugenommen und mit zuletzt 23,4 Mrd. € die Honorare der niedergelassenen Ärzte (22,4 Mrd. €) vom zweiten Platz verdrängt. Die Versuche, den Marktzugang und die Preisbildung neuer Medikamente zu regulieren, können insoweit als eine Reaktion auf diese Veränderung der Ausgabenstruktur der GKV verstanden werden.

#### **Internationales Umfeld**

Das *Pharmaceutical Benefits Advisory Committee* (PBAC) in Australien repräsentiert die bisher vielleicht konsequenteste Umsetzung einer „Vierten Hürde“



für neue Medikamente. Voraussetzung für eine Aufnahme neuer Produkte und Indikationen in das *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS) der australischen Regierung sind Kosten-Nutzen-Bewertungen, welche seit 1992 in entsprechenden Guidelines vorgeschriebene methodische Standards erfüllen müssen. Zu den direkten Effekten zählten von Beginn an erhebliche Einschränkungen und/oder Verzögerungen des Zugangs zu neuen Medikamenten in Australien. Eine aktuelle Analyse von vierzehn europäischen Ländern mit einer „Vierten Hürde“ zeigt die Relevanz dieser Beobachtung, denn sie weist – ausschließlich als Konsequenz der einschlägigen Preisregulierung – für immerhin sechs dieser Länder durchschnittliche Verzögerungen der Verfügbarkeit neuer Produkte von mehr als einem Jahr nach.

Anders als das PBAC in Australien arbeitet das 1999 gegründete für England und Wales zuständige *National Institute of Clinical Excellence* (NICE) in einem System freier Preisbildung; es führt Kosten-Nutzen-Evaluationen medizinischer Technologien durch und wird für die beispielhafte Transparenz seines Vorgehens gerühmt. Daneben wird in England seit langem die Profitabilität der Arzneimittelhersteller mittels des *Pharmaceutical Price Regulation Scheme* (PPRS) begrenzt, welches wegen der darin enthaltenen Berücksichtigung nationaler Forschungs- und Entwicklungsausgaben zugleich eine industriepolitische Komponente enthält. Doch selbst die Transparenz von NICE ist nicht unbegrenzt: einerseits können von Arzneimittelherstellern eingereichte Daten und Evaluationsmodelle vertraulich behandelt werden (als sog. „*commercial in confidence*“-Daten), andererseits werden die zur Evaluation kommenden Technologien in einem nicht öffentlichen Prozess bestimmt.

Während eine abschließende Bewertung der ausgabensteuernden Wirkung der Tätigkeit von NICE noch nicht möglich ist, lässt sich für Australien die Feststellung treffen, dass die „Vierte Hürde“ nicht zu der angestrebten Kontrolle der Arzneimittelausgaben geführt hat: die realen Pro-Kopf-Ausgaben für Arzneimittel haben sich in Australien zwischen 1990 und 2001 verdoppelt, womit das Land nach Schweden und noch vor den USA die zweithöchste Steigerungsrate aller OECD-Länder aufweist. Ähnliches gilt für Kanada, das neben Australien eine Vorreiterrolle bei der Einführung einer „Vierten Hürde“ spielte: dort stiegen die Ausgaben im gleichen Zeitraum um real 81%.

Offensichtlich ist es auch in Ländern mit einer „Vierten Hürde“ nicht gelungen, den langfristigen Wachstumstrend der Arzneimittelausgaben zu stoppen. Demgegenüber weist Deutschland eine im internationalen Vergleich sehr niedrige Ausgabensteigerung für Arzneimittel auf – vermutlich (auch) eine Folge der zahlreichen Interventionen seit 1993 mit dem Ziel der Kostendämpfung.

### **Nutzenbewertungen in Deutschland**

Mit dem GMG wird erstmals eine Nutzenbewertung „insbesondere von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen“ eingeführt und dem beim Gemeinsamen



Bundesausschuss angesiedelten neuen „Institut für Wirtschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen“ übertragen. Gemäß dem von SPD, CDU/CSU und Bündnis90/Die Grünen vertretenen Konsens soll hierbei explizit gelten: „Eine Kosten-Nutzen-Bewertung findet nicht statt.“

Dies schafft Schwierigkeiten, denn man dürfte kaum eine medizinische Maßnahme finden, die nicht in bestimmten Situationen für bestimmte Patienten einen Nutzen bieten könnte. Während der Gesetzestext lediglich regelt: „Das Institut bestimmt einheitliche Methoden für die Erarbeitung der Bewertungen...“, wird in der zugehörigen Begründung als Instrument der Nutzenbewertung eine Klassifikation in drei Stufen als „nach gegenwärtigem Erkenntnisstand sinnvoll“ vorgestellt:

Stufen A/B: Arzneimittel mit verbesserter Wirkung [...];

Stufe C: Arzneimittel ohne verbesserte Wirkung [...];

Weiterhin wird in der Begründung spezifiziert, eine Zuordnung zu den Stufen A und B setze „einen für die Therapie bedeutsamen höheren Nutzen [...] für die überwiegende Zahl der Patienten“ gegenüber dem bisherigen Therapiestandard voraus. Nachdem die Abgrenzung zwischen den Stufen A/B und C im Ergebnis darüber entscheiden soll, ob ein neues Arzneimittel unmittelbar einer Festbetragsgruppe der Stufe 2 zugewiesen werden kann, muss die Frage nach der Validität dieser ABC-Klassifikation gestellt werden. Sie rekurriert auf ein Schema, das von den Kölner Pharmakologen Fricke und Klaus zu deskriptiven Zwecken entwickelt wurde und das seine Schöpfer selbst als den „Versuch einer wertenden Stellungnahme“ bezeichnen, für den sie in bezug auf neue Produkte ausdrücklich Subjektivität konzederen: „Ausreichende therapeutische Erfahrungen auf breiter Basis fehlen dagegen. Die Bewertung der Arzneimittel kann daher prinzipiell nur vorläufig sein. [...] Letztlich stellt sie die [...] persönliche Meinung der Autoren dar.“ Eine Eignung dieses Schemas als normatives Instrument lässt sich aus diesen Ausführungen sicherlich nicht ableiten.

Weitaus differenzierter verfährt das gerne als Beispiel für die deutschen Reformversuche angeführte NICE, das einerseits den Grenznutzen einer neuen Technologie in Beziehung setzt zu deren Grenzkosten (wie anders ist eine aussagekräftige vergleichende Nutzenbewertung medizinischer Maßnahmen denkbar, ohne einen unabsehbaren Kostenschub zu induzieren?), andererseits aber eine Quantifizierung des Nutzens versucht. In der Tat muss die Frage erlaubt sein, inwieweit eine Klassifikation neuer Medikamente in drei Kategorien – so wie in Deutschland vorgesehen – nicht eine schreckliche Vereinfachung – eine „*Simplification terrible*“ – darstellt, welche mehr Probleme schafft als sie zu lösen vorgibt. Ihre Begründung, sie sei „nach gegenwärtigem Erkenntnisstand sinnvoll“ (GMG, S. 88), darf als zumindest mutig gelten angesichts des hochentwickelten wissenschaftlichen Niveaus der klinischen Pharmakologie.



## Es gibt bessere Alternativen

Eine grundsätzliche Herausforderung besteht in der Bestimmung des optimalen Zeitpunktes der Durchführung von Nutzenbewertungen ebenso wie von Kosten-Nutzen-Bewertungen. Die medizinischen Konsequenzen bestimmter Produkteigenschaften entziehen sich prinzipiell der Erfassung in kontrollierten Studien der Phasen I bis III; exemplarisch stehen hierfür die Effekte einer verbesserten Compliance. Generell stellt sich das Problem der fehlenden „externen Validität“ klinischer Studien, welche zwar unter gleichsam experimentellen Bedingungen das Potential eines Arzneimittels aufzeigen können, nicht aber dessen Eigenschaften in der einzig entscheidenden praktischen Anwendung.

Überdies können sich Kosten-Nutzen-Relationen im Laufe der Zeit dramatisch verändern – und das nicht nur dann, wenn durch Patentablauf Veränderungen der Preisstruktur eines Marktes auftreten oder neue substituierende Produkte oder Verfahren verfügbar werden. Hierfür genügen in vielen Fällen praktische Erfahrungen aus der Anwendung, die zu einem gezielteren Einsatz und damit zu einer tatsächlichen Dosierung führen können, die von der zugelassenen Dosis abweicht.

Akzeptiert man aber, dass eine aussagekräftige Bewertung eines zusätzlichen Nutzens eine Kenntnis seiner Relation zu den damit einhergehenden zusätzlichen Kosten voraussetzt, so folgt daraus zwingend die Notwendigkeit eines fünften Bewertungskriteriums: denn der Quotient – die Relation von Grenzkosten zu Grenznutzen – erlaubt naturgemäß keine Aussage über die absolute Höhe der Opportunitätskosten (aus Sicht der GKV: der budgetären Auswirkungen), welche gleichwohl unter dem Gesichtspunkt der „Finanzierbarkeit“ respektive der impliziten „*Trade-Offs*“ eine entscheidungsrelevante Größe darstellen (können).

Hieraus lässt sich eine Empfehlung ableiten, welche die international gemachten Erfahrungen mit einer „Vierten Hürde“ berücksichtigt: statt im Sinne einer „Fünften Hürde“ die zu erwartenden Opportunitätskosten zu prognostizieren – und damit zusätzlich zu der einer Evaluation ausschließlich aufgrund von Phase I- bis III-Daten inhärenten besonderen Irrtumsanfälligkeit eine weitere potentielle Fehlerquelle in die Bewertungen einzuführen –, könnte die Evaluation eines Arzneimittels an das Überschreiten einer kritischen Umsatzschwelle (entsprechend seiner Opportunitätskosten und damit seiner tatsächlichen ökonomischen Relevanz) gekoppelt werden. Dies wäre gleichbedeutend mit der Einführung eines transparenten Kriteriums für die Auswahl der zu evaluierenden Produkte. Sachfremde Auswahlkriterien wie neue versus alte oder verschreibungspflichtige versus -freie Arzneimittel wären damit überflüssig. Dagegen bedürfte es keiner aufwendigen ökonomischen Evaluation, um festzustellen, dass ohne einen gemäß allgemein akzeptierter Kriterien der wissenschaftlichen Evidenz belegten klinischen Nutzen eine positive Kosten-Nutzen-Relation nicht darstellbar sein wird, was wiederum pragmatische und transparente Entscheidungen ermöglichen würde.



## Schlussfolgerungen

Es gibt gute Gründe, bei steigenden Arzneimittelausgaben nach dem Gegenwert zu fragen. Dafür notwendig ist eine differenzierte Evaluation des jeweils besten Einsatzes von Arzneimitteln unter Berücksichtigung ihrer Effektivität und ihrer Kosten im direkten Vergleich mit den vorhandenen Behandlungsalternativen. Mit dem vorliegenden GMG wird nicht nur die Chance vertan, in Deutschland Erfahrungen zu sammeln und auf dieser Grundlage eine zielgerichtete Weiterentwicklung der heute üblichen gesundheitsökonomischen Methodik zu initiieren. Mehr noch: Das Instrument einer dreistufigen Nutzenklassifikation ist geeignet, das Vertrauen in die Berechenbarkeit und Verlässlichkeit einer zukunftsorientierten Gestaltung des Gesundheitssystems nachhaltig zu beschädigen. Zu unübersehbar ist zudem die Inkonsistenz dieser Maßnahmen mit den industriepolitischen Empfehlungen der europäischen G10-Arbeitsgruppe, deren deutsches Mitglied Ministerin Ulla Schmidt ist.

Anschrift des Autors  
**Prof. Dr. med. Michael Schlander**  
Hochschule für Wirtschaft Ludwigshafen  
Ernst-Boehe-Strasse 6  
67059 Ludwigshafen am Rhein

### **Prof. Dr. med. Michael Schlander, MBA**

geboren am 12. April 1959 in Offenbach am Main

1978-1985	Studium der Humanmedizin, Universität Frankfurt am Main
1982-1987	Doktorand und wissenschaftlicher Assistent an der Abteilung für Neuroanatomie, Universität Frankfurt
1987-2002	Tätigkeit in leitenden Positionen der pharmazeutischen Industrie Sandoz, Byk Gulden, Johnson & Johnson
1992-1994	Betriebswirtschafts- und Management-Studium an der City University of Bellevue (Seattle), Washington
seit 1996	Mitglied der Fakultät für Medizin, Universität Witten/Herdecke
2002	Aufbaustudium der Gesundheitsökonomie an der Stockholm School of Economics
seit 2002	Professor für Management (Gesundheitsökonomie und Innovationsmanagement) an der Hochschule für Wirtschaft, Ludwigshafen



## Neuropolitisches



Es weihnachtet dieses Jahr konjunkturbedingt zwar etwas schwächer als sonst, aber wie der Kölner so leichthin zu sagen pflegt, „et is noch immer joot jejange“ und so werden die Lichtlein wohl in gewohnter Weise am Baume brennen. Frohsinn kommt auch auf, weil wir hoffnungsvoll ein durch rot-grüne Reformen verschöntes Neues Jahr erwarten dürfen. Dieses könnte außer vielen Reformen kopernikanische Umwälzungen im Selbstverständnis des Einzelnen wie der Gesellschaft bringen, die durch Erkenntnisse der Neurowissenschaft ausgelöst werden. Sie ermöglichen u.a. ein Verständnis der Personen, die man, wie gezeigt werden kann, leichtfertig für Reformen verantwortlich zu machen geneigt ist.



Ganz allgemein gilt nach den neuesten Erkenntnissen der Hirnforscher, dass **wenn Du denkst Du denkst, Du nur denkst Du denkst**. Das hört sich verdammt kompliziert an, so als müsste man erst mal unter dem brennenden Tannenbaum angestrengt darüber nachdenken, aber man kann mit einiger Mühe auch schon vorher damit sein Weltverständnis erweitern, was rasch helfen mag, die täglichen Schreckensnachrichten aus Berlin besser zu verstehen.



Zugrunde liegt dem Ganzen der Befund, dass absichtsvolles Handeln den neuronalen Vorgängen im Gehirn **nachfolgt** und nicht etwa von diesen angestoßen wird. Es ist daher nur ein **Gefühl**, dass wir frei entscheiden, in Wirklichkeit bilden wir uns den freien Willen nur ein. Die für diese hübsche Erkenntnis verantwortlichen Forscher (z.B. G. Roth und W. Singer), – na ja, was heißt im Lichte ihrer eigenen Vorstellungen schon verantwortlich? – folgern u.a., die Strafprozessordnung sei zu ändern, denn wenn all unser Handeln von neuronalen Prozessen determiniert wird, kann niemand im moralischen Sinne schuldig werden: Ein Mordbube hätte nicht anders handeln können als er gehandelt hat, der arme Kerl.



Das kann, nein, das muss man auf die Politik übertragen, dann wird manches bisher Unverständliche verständlich und in Sonderheit entsteht die Einsicht: Die Politiker sind für den Murks, den sie machen (so L. Meyer, MdB) gar nicht wirklich verantwortlich. Sie zu beschimpfen ist deshalb grundfalsch, die können gar nicht anders. Den Eindruck hatte man allerdings schon früher hin und wieder.



Das Politikerverhalten bietet darüber hinaus Einblicke, die den Schluss zulassen, dass der mit den neuen Einsichten wiederbelebte Determinismus nicht allzu streng ist und die es möglich machen, die Theorie der Hirnforscher zu erweitern: Die neuronalen Netze, in denen die Vorgänge ablaufen, die unserem Reden und Handeln vorangehen, sind nämlich offenbar bei vielen Politi-



kern und Funktionären ja, wenn nicht alles täuscht, auch bei Herrn und Frau Jedermann in einem unterschiedlichen Umfang **plastisch**.

Nehmen wir als eindrucksvolles Beispiel unseren hochgeschätzten Bundeskanzler, der die Richtlinien der Politik zu bestimmen scheint. Zunächst einmal stellt sich die Frage: Warum ist er ein Sozialist und nicht ein Liberaler geworden? Hier dürften sich frühkindlich seine neuronalen Strukturen mit all ihren synaptischen Verbindungen (möglicherweise wegen einer Dominanz der Farbe rot in seinem Kinderzimmer!) so ausgebildet haben, dass entsprechende neurosozialistische Determinationsvorgänge der Artikulation seiner Reden vor Genossen und bei Wahlveranstaltungen vorausgehen. Nun tritt er ab und zu bei den Arbeitgebern auf, die meist rot sehen wenn sie rot sehen und flugs organisiert sich unter dem Eindruck von Gold und Flanellgrau sein neuronales Netzwerk um, die Synapsen lösen sich spielend und knüpfen neue Verbindungen, sodass jetzt der Entwurf neuroliberaler (nicht neoliberaler!!) Determinationsvorgänge der Artikulation seiner Ansprache vor den Wirtschaftsbossen vorangehen. Übrigens kann man ihm die Phasen des Umbaus ansehen, immer dann, wenn er grinst, lösen sich alte und knüpfen sich neue synaptische Verbindungen. Und er grinst oft, d.h. er baut oft um, ist entsprechend flexibel, was es schwer macht, ihn zu packen. Die Erfahrung haben schon viele und hat nicht nur *E. Stoiber* gemacht. Ein rechter Allzweckmensch ist er und hieraus ergibt sich zwanglos der für seine Politik typische Zick-Zack-Kurs.



Der Zick-Zack-Kurs deutet schon an, dass die dem Handeln und Reden vorangehenden neuronalen Prozesse nach den Regeln der Chaos – Theorie ablaufen. Freilich gibt es da richtende Faktoren, die Einfluss auf die den neuronalen Prozessen zugrunde liegenden Strukturen und die Art der synaptischen Verknüpfungen haben. Dazu zählen außer der schon erwähnten (politischen) Farbe u.a. das Maß der öffentlichen Aufmerksamkeit und die Anziehungskraft mehrstelliger Zahlen in Verbindung mit dem € - oder \$ - Symbol. Je nach Höhe des Betrages können die Synapsen dann wie Lämmerschwänze wackeln und sich bereitwillig so anlagern, dass Sachverhalte den Erwartungen des Auftraggebers gemäß interpretiert werden.



So ist jener (nicht durchgängig!) hoch geschätzte *Dr. Dr. Leisersee* aufgrund der ständigen Flexibilisierung seines neuronalen Netzwerkes wirklich für alles und jedes zu gebrauchen. Er interpretiert, halt, falsch, muss heißen: es interpretiert in ihm oder auch das ES interpretiert aus ihm etwa klinische Studien kühn im Hinblick auf die Erwartungen von *Dr. Geiger*: Durch teils paralleles, teils konsekutives Hochrechnen kann er, nein, kann **es** in ihm indikationsspezifische Einsparpotentiale aus dem Arzneimittelumsatz bestimmen, so, als würde man aus dem Benzinverbrauch hochrechnen, wohin die Leute in Urlaub gefahren sind.



Nun gibt es auch das Gegenteil, nämlich Politiker oder andere Funktionäre mit einer sehr geringen oder gar einer völlig fehlenden Plastizität ihrer neuronalen Strukturen, beispielsweise *J. Paulchens*, der mit dem ulbrichtoiden Bart von der IG Blech. Solche Menschen erscheinen dem Beobachter als ideologisch intransigent, sie sind überhaupt nicht adaptiv und käuen, unbeirrt wie tibetansische Mönche das „O mane padme hum“, etwa die Wieselworte „soziale Gerechtigkeit“ und „Solidarität“ wieder. Bei ihnen erweisen sich die neurosozialistischen Determinationsvorgänge als völlig resistent gegenüber der Wirklichkeit.



Gibt es denn nun außer Opportunisten und Betonköpfen auch normal – adaptive Menschen? Oh ja, Herr und Frau Jedermann nehmen das neuropolitische Handeln letzterer wahr oder aber sie erfahren dessen Auswirkungen am eigenen Leib. Das führt dann zum Lösen und Neuknüpfen von Synapsen, zum Umbau des neuronalen Netzwerkes, in dem die neuronalen Prozesse dem Handeln z.B. an der **Wahlurne** vorangehen.



Dieser Umbau hat in letzter Zeit weite Kreise des Wählervolkes erfasst und so hat die Zustimmung zu den derzeit im Amt agierenden und in Würde stehenden Personen stark ab – und die Zustimmung zur Opposition stark zugenommen. Welches absichtsvoll scheinende Handeln bei dieser aus den eigenen neuronalen Prozessen folgen würde, weiß man nicht, aber im weiteren Verlauf der Geschichte dürfte sich die neuropolitische Lage noch so deutlich verändern, dass sie rascher als nach dem Wahlkalender vorgesehen eine – wie gezeigt – nur Scheinverantwortung zu übernehmen gezwungen sein dürfte. Schlimmer wird es dadurch ja hoffentlich nicht werden und in dieser Erwartung.

Ein frohes Weihnachtsfest und ein gutes Jahr 2004

Ihr

Rudi von Poldenko

## Neues gesundheitspolitisches Archiv auf CD-Rom von 1996 - 2000

In den vergangenen fünf Jahren hat sich das deutsche Gesundheitswesen durch wirtschaftliche Notwendigkeiten und die ihnen folgenden politischen Eingriffe stark gewandelt. Vom Vorentwurf für die dritte Stufe der Gesundheitsreform im Frühjahr 1996 über das GKV-Innovationsförderungsgesetz am Ende des verstrichenen Jahrtausends bis hin zu den aktuellen Themen um den EBM 2000 plus, die Einführung von DRGs, die Anpassung der Festbeträge und die Reform des RSA bietet sich eine Fülle von spannenden Themen. Nachhaltige Veränderungen sind damit für fast alle Bereiche der medizinischen Versorgung einhergegangen. Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenhäuser und die pharmazeutische Industrie waren gleichermaßen betroffen und werden auch in Zukunft vor einem enormen Anpassungsbedarf an sich wandelnde Rahmenbedingungen stehen.

Wer sich in der Fülle der gesundheitspolitischen Ereignisse rasch ein Bild verschaffen möchte, hat mit dem Jahresrückblick des **“Brennpunkt Gesundheitswesen 1996 – 2000”** ein gesundheitspolitisches Archiv auf CD-Rom zur Hand, das eine rasche Orientierung erlaubt. Sichern Sie sich durch rechtzeitige Voranmeldung Ihr persönliches Exemplar und richten Sie Ihre Bestellung an:

**Schering Deutschland GmbH**  
**Gesundheitswesen**  
**Konstanze Lipelt**  
**Max-Dohrn-Straße 10**  
**10589 Berlin**  
oder per e-mail:  
**konstanze.lipelt@schering.de**

Sie erhalten dann umgehend die gewünschte CD-Rom. - Selbstverständlich kostenlos.

P.S. Übrigens können Sie das gesamte Archiv des **“Brennpunkt Gesundheitswesen”** schon heute im Internet unter [www.brennpunkt-gesundheitswesen.de](http://www.brennpunkt-gesundheitswesen.de) abrufen.

Ihre Brennpunkt-Redaktion

✂-----

- Ja, senden Sie mir eine CD-ROM „Jahresübersicht Brennpunkt Gesundheitswesen 1996 – 2000“ zu.

Absender:

.....  
.....  
.....  
.....

# Neuerscheinung

## “Off-Label-Use – Weichenstellung nach dem BSG-Urteil 2002”

---

Der Einsatz von Arzneimitteln außerhalb ihrer Zulassung war in der gesetzlichen Krankenversicherung über Jahre hinweg eine so gut wie nie beanstandete Praxis. Im vergangenen Jahr rückte dieses Thema dann schlagartig in den Mittelpunkt des Interesses von Ärzten und Juristen, weil verschiedene Krankenkassen wegen Off-Label-Verordnungen Regressanträge in bis zu 7-stelliger Höhe gestellt hatten.

Das Urteil des Bundessozialgerichtes zum Off-Label-Einsatz von Immunglobulinen bei Multipler Sklerose vom 19.03.02 war Anlass zu einem gesundheitspolitischen Workshop, der im September 2002 unter dem Thema:

### Schwerpunktt Themen:

- *Off-Label-Use – allgemeine Versorgungsaspekte*
- *Gesetzliche Rahmenbedingungen und die Leistungsgrenzen der GKV für die Arzneimitteltherapie*
- *Ermessensspielräume bei der Begutachtung von Arzneimitteltherapien außerhalb der Regelversorgung*
- *Arzneimitteltherapien im Off-Label-Use als Leistung der solidarisch finanzierten Krankenversicherung?*
- *Überwindung krankensicherungsrechtlicher Probleme bei der nichtzulassungsentsprechenden Arzneitherapie*
- *Die Problematik des Off-Label-Use im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und der therapeutischen Notwendigkeit*
- *Arzneimittelleinsatz außerhalb von Behandlungsstandard und Regelversorgung – Motor des therapeutischen Fortschritts oder Gefahr für die Arzneimittelsicherheit?*

Eine begrenzte Zahl von Exemplaren der Zusammenfassung dieses Symposiums stellen wir Interessenten auf Anfrage gerne zur Verfügung.

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:

Schering Deutschland GmbH  
Gesundheitswesen  
Frau Konstanze Lipelt  
Max-Dohrn-Straße 10  
10589 Berlin  
**Tel.: 030/349 89-412**  
**Fax: 030/349 89-365**  
**e-mail: konstanze.lipelt@schering.de**

## Workshop „Perspektiven der Gesundheitspolitik - Retuschieren oder Operieren?“

---

Die Publikationen der Strategie-Workshops zu den Themen „Szenarien in der Reformpolitik im Gesundheitswesen bis zum Jahr 2002“, „Perspektiven in der Gesundheitspolitik: Reformoptionen und ihre Realisierungschancen“, „Gesundheitsreform 2000 - ein Sachstandsbericht“, „Umsetzung der Gesundheitsreform 2000 und neue Gesetzgebung“ sowie „Kurswechsel in der Gesundheitspolitik?“ sind mittlerweile bei vielen Lesern des „Brennpunkt Gesundheitswesen“ Traditionsliteratur geworden.

Auch in diesem Jahr fand wieder ein Workshop zum Thema „**Perspektiven der Gesundheitspolitik - Retuschieren oder Operieren?**“ statt.

Schwerpunktthemen waren:

- die Umsetzung der Gesetzgebung für 2002 in den Bereichen der Krankenhausvergütung, Risikostrukturausgleich, Disease-Management-Programme und Arzneimittelversorgung
- die Erhöhung des Reformdrucks durch exogene Systemdeterminanten wie der wirtschaftlichen Entwicklung, dem demographischen Wandel und medizinischen Fortschritt, der Herausforderung Europa sowie neue Informations- und Kommunikationstechnologien.

Die Positionierung der politischen Akteure sowie die Positionen der Marktbeteiligten geben zudem Hinweise auf mögliche Trends und Reformszenarien im Gesundheitswesen.

Eine begrenzte Zahl von Exemplaren der Zusammenfassung (Begleittext und Abbildungen) stellen wir Interessenten auf Anfrage gerne zur Verfügung.

Bitte richten Sie Ihre Bestellung an:

Schering Deutschland GmbH  
Gesundheitswesen  
Konstanze Lipelt  
Max-Dohrn-Str. 10, 10589 Berlin  
Tel: 030/3 49 89 - 412  
Fax: 030/4 68 90 - 412  
e-mail: [konstanze.lipelt@schering.de](mailto:konstanze.lipelt@schering.de)