

"Entscheidend ist, dass die Ausgabendynamik gebremst wird"

Gesundheit: Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des Spitzenverbandes der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), fordert, dass Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien stärker Eingang in die ärztliche Praxis finden. Sie begrüßt den Vorstoß von Bundesgesundheitsminister Philipp Rösler (FDP) zur Dämpfung des Preisanstiegs bei Arzneimitteln.

VDI nachrichten, Düsseldorf, 9. 4. 10, Kassen entscheiden. has

VDI nachrichten: Sind Sie zufrieden mit der Koalitions-Vereinbarung zu den Arzneimittelpreisen?

Pfeiffer: Im Grundsatz ist die Vereinbarung zu begrüßen, weil sie Ansätze für kurzfristige Einsparungen mit strukturellen Maßnahmen verbindet.

Aber es ist nicht das, was die Kassen sich gewünscht haben.

Die Preise für neue Medikamente werden eingefroren, außerdem wird der Hersteller-Rabatt um zehn Prozentpunkte auf 16 % erhöht. Das haben wir gefordert. Die Industrie kann ein Jahr lang zwar immer noch den Preis festsetzen, aber es gibt jetzt zum ersten Mal die Möglichkeit, auf den Preis Einfluss zu nehmen. Deshalb ist diese Vereinbarung ein wichtiger Schritt, auch wenn man sich natürlich immer noch was Besseres vorstellen kann.

Wie sieht denn das Bessere aus?

Zum Beispiel wäre es ideal, wenn der Nutzen eines Medikaments schon gleich bei der Zulassung bewertet werden würde.

Die Vereinbarung sieht vor, dass die Pharmafirmen selbst den Nutzen eines Medikaments bewerten. Können Sie damit leben?

Soweit ich das verstanden habe, sind die Hersteller verpflichtet, ein Dossier vorzulegen, das zeigt, dass ein neues Medikament einen zusätzlichen Nutzen hat. Das reicht aber in vielen Fällen nicht aus, deshalb kann danach jederzeit eine Kosten-Nutzen-Bewertung in Gang gesetzt werden. Ob das im Einzelfall nötig ist, müssen das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen und der Gemeinsame Bundesausschuss von Ärzten und

Pharmahersteller sollen auch mit Kassen einzeln verhandeln können. Halten Sie das für gut?

Der GKV-Spitzenverband soll das Recht bekommen, zentral zu verhandeln. Das ist entscheidend. Gerade bei neuen Arzneimitteln können einzelne Kassen nicht allein verhandeln, weil sie durch den Wettbewerb dazu gedrängt werden könnten, Preiszugeständnisse zu machen, die letztlich teuer werden. Da sind sich die Kassen auch einig. Bei Verhandlungen müssen gleich starke Partner am Tisch sitzen. Das wäre bei Einzelverhandlungen zu neuen Arzneimitteln in der Regel nicht der Fall. Dass darüber hinaus Einzelverträge möglich sind, gehört zum Wettbewerb und dies fordern wir auch.

Sind die Einnahmen der Kassen zu gering oder die Ausgaben zu hoch? Entscheidend ist, dass die Ausgabendynamik gebremst wird. So sind die Ärzthonorare erheblich gestiegen, auch die Ausgaben für Krankenhäuser, zum Teil war das politisch gewollt. Diese Dynamik setzt sich fort. Bei den Ausgaben haben wir an vielen Stellen noch Einsparmöglichkeiten.

Wo sehen Sie die?

Zum Beispiel bei der Diagnostik. Man muss sich fragen, ob immer mehr Diagnostik den Menschen auch wirklich hilft. Bei Rückenschmerzen zum Beispiel gibt es eine große Zahl an Röntgen-, CT- und anderen Untersuchungen. Nach einschlägigen Studien ist mehr als die Hälfte dieser Untersuchungen überflüssig. Man darf auch nicht vergessen, dass beispielsweise Röntgenstrahlen dem Körper schaden können. Zudem werden die ärztlichen Honorare fortgeschrieben durch die so genannte Dia-

gnosecodierung von Ärzten.

Die Diagnosecodierung entscheidet mit darüber, wie viel eine Kasse aus dem Gesundheitsfonds erhält. Wie beeinflusst das die Ausgaben einer Kasse? Der Anstieg des Gesamthonorars der niedergelassenen Ärzte wird unter anderem danach festgelegt, inwieweit die Morbidität der Patientinnen und Patienten steigt. Mit der Diagnosecodierung wird aber nicht die Morbidität gemessen, sondern nur das, was die Ärzte aufschreiben.

Neben den Kosten für Arzneimittel sind vor allem die für Krankenhäuser stark gestiegen. Wo sehen Sie hier Reserven? Die Preisfestsetzung in Kliniken ist an einen Kostenindex gebunden. Das führt dazu, dass Rationalisierungsgewinne nicht an die Kassen weitergegeben werden.

Können Sie ein Beispiel geben?

Wenn die Gehälter der Angestellten rein theoretisch um 50 % steigen, zugleich aber der Personaleinsatz um die Hälfte gesenkt würde, dann blieben die Kosten der Krankenhäuser gleich, die Kassen aber hätten einen 50 %igen Ausgabenzuwachs. Solche Rationalisierungseffekte müssen mit einbezogen werden.

Haben sich die Fallpauschalen in den Krankenhäusern bewährt?

Auf jeden Fall. In den Krankenhäusern hat sich seither viel verändert. Viele spezialisieren sich auf bestimmte Behandlungen, aber es gibt immer noch zu wenig Wettbewerb. In Ballungsräumen bieten sehr viele Krankenhäuser die gleichen Leistungen an. So gibt es im Umkreis von 50 km um Essen mehr als 100 Kliniken, die Knieprothesen einsetzen. Da sollte es den Kassen erlaubt

werden, nur einen Teil dieser Kliniken unter Vertrag zu nehmen.

Werden wegen der Fallpauschalen Patienten zu früh aus den Krankenhäusern entlassen?

Das ist nicht mein Eindruck. Wir haben, weil diese Gefahr bei Einführung der Pauschalen gesehen wurde, Qualitätsvereinbarungen getroffen, die genau das verhindern.

Sie sagen, dass bei der Diagnostik nicht alles gemacht werden soll, was machbar ist. Wer soll darüber entscheiden?

Nach wie vor der einzelne Arzt. Hier müssen stärker die Erkenntnisse aus wissenschaftlichen Studien Eingang in den Praxisalltag finden. Das Beispiel der Behandlung von Rückenschmerzen zeigt, dass andere Vergütungsstrukturen dafür sorgen können, dass die Qualität der Versorgung stärker in den Vordergrund gestellt wird.

Wie müssten diese Vergütungsstrukturen aussehen?

Wichtig ist die Orientierung an der Qualität. Einzelabrechnungen führen oft zu seltsamen Ergebnissen. In den 90er-Jahren wurden bei Rückenschmerzen Spritzen als Einzelleistung abgerechnet. Danach ging die Zahl der Spritzen in die Höhe. Nachdem diese Leistung pauschaliert worden war, ist das Spritzen stark zurückgegangen.

Was halten Sie von Grund- und Wahl-

leistungen für Kassenpatienten?

Die Erfahrung zeigt, dass es schwierig ist, beides voneinander abzugrenzen. Wenn alles Notwendige in den Grundleistungen enthalten ist, habe ich damit kein Problem. In der Debatte darüber wird aber häufig versucht, Notwendiges in den Wahlleistungskatalog zu schieben. Dann könnte der Versicherte nicht mehr davon ausgehen, dass er alles Notwendige bekommt. Das wäre der falsche Weg.

Pauschalierungen gehen zu Lasten der Honorare für Ärzte. Wie realistisch ist eine Umsetzung?

Es geht nicht nur darum, ob bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzte mehr oder weniger mit Pauschalierungen gearbeitet wird. Die Honorare der niedergelassenen Ärzte sind so hoch wie nie. Heute verdient ein niedergelassener Arzt nach Abzug der Praxiskosten im Durchschnitt über 160 000 Euro brutto im Jahr. Gleichzeitig haben wir in Deutschland die so genannte "doppelte Facharztschiene", also z. B. einen niedergelassenen Radiologen und 500 m weiter ein Krankenhaus, in dem noch einmal die gleichen Großgeräte stehen. Das hat zur Folge, dass fachärztliche Leistungen vielfach doppelt erbracht werden. Diese Doppelversorgung macht die Patienten nicht gesünder, kostet unnötig das Geld der Beitragszahler und findet sich in keinem anderen Land in dieser Form wieder.

Brauchen wir eine Positivliste?

Diese Liste wurde schon zweimal von unterschiedlichen Koalitionen ins Gesetz geschrieben und dann wieder fallen gelassen. Danach hatte wohl niemand mehr den Elan, es erneut zu versuchen. Wenn es keine gesetzliche Positivliste gibt, dann sollte es den Kassen im Rahmen von Versorgungsverträgen möglich sein, zusammen mit Ärzten Positivlisten zu vereinbaren.

Wie können die Einnahmen der Kassen verbessert werden?

Wir haben jetzt schon einen relativ hohen Bundeszuschuss von 15,7 Mrd. Euro, der die so genannten versicherungsfremden Leistungen und die Folgen der Konjunkturkrise ausgleicht. Gesamtgesellschaftliche Aufgaben müssen künftig aber stärker durch Steuermittel finanziert werden.

Welche Aufgaben sind das?

Das sind vor allem Leistungen für Familien und Arbeitslose. Derzeit bekommen die Kassen für Arbeitslose keine kostendeckenden Beiträge. Der Betrag, den die Bundesagentur für Arbeit Kassen zahlt, müsste erhöht werden, das würde die Beiträge stabilisieren, vor allem in Zeiten, in denen die Arbeitslosigkeit relativ hoch ist. HARTMUT STEIGER

Abbildung

Doris Pfeiffer, Vorstandsvorsitzende des GKV-Spitzenverbandes, bezweifelt, dass immer mehr Diagnostik den Menschen auch wirklich hilft. Foto: Caro/Wächter