

*Michael Habs, Karlsruhe*

Statement zum Thema

**Ziellose Zielvereinbarungen:  
Ergebnisse einer bundesweiten EMNID-Umfrage  
unter niedergelassenen Ärzten**

Die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben im Mai dieses Jahres mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zur Steuerung der Arznei- und Verbandsmittelversorgung eine Rahmenvereinbarung abgeschlossen. Das Ziel dieser Aktion war es, die Steigerung der Arzneimittelkosten zum Stillstand zu bringen. Mit ähnlichen Intentionen sind allerdings in den letzten Jahren zahlreiche Maßnahmen in Angriff genommen worden, ohne dass man dem beabsichtigten Ziel auch nur annähernd nahe gekommen wäre.

Das Komitee Forschung Naturmedizin e.V. (KFN) wollte deshalb wissen, wie niedergelassene Kassenärzte diese neueste Initiative beurteilen. Wir beauftragten daher das EMNID-Institut, eine repräsentative Umfrage unter niedergelassenen Allgemeinmediziner, Praktikern und Internisten durchzuführen. Ich möchte Ihnen die Ergebnisse dieser Umfrage kurz vorstellen.

Die erste Frage galt der Bekanntheit der zwischen der KBV und den Krankenkassen im Mai dieses Jahres getroffenen Vereinbarungen. Dabei hat sich gezeigt, dass lediglich 3 Prozent der niedergelassenen Mediziner die Vereinbarung im Detail kennen, während 51 Prozent über die von ihrer Standesvertretung für sie bindend abgeschlossenen Maßnahmen praktisch nichts wissen.

Auch die Ärzte, die diese Vereinbarungen kennen, geben an, sie seien nur zu 48 Prozent von ihrer KV über Einzelheiten informiert worden. 83 Prozent haben es aus der Fachpresse erfahren und 26 Prozent aus der Tagespresse.

Danach gefragt, ob sie die Vereinbarungen positiv oder negativ bewerten, lautete jede dritte Antwort „negativ“. „Positiv“ fanden die Steuerungsmaßnahme lediglich 11 Prozent der Befragten.

Besonders interessant sind die Befragungsergebnisse im Hinblick auf die Einschätzung der Bedeutung der jüngsten Steuerungsmaßnahme. 77 Prozent messen ihr keine größere Bedeutung bei als den vorherigen Vereinbarungen. Lediglich 15 Prozent erhoffen sich von ihr einen größeren Effekt als von früheren Maßnahmen.

Entsprechend wenig kann sich auch nach Meinung der Befragten in der Zukunft durch diese Vereinbarungen ändern. Eine Verbesserung erwarten lediglich 5 Prozent, 36 Prozent sind der Meinung, dass sich die Situation weder verschlechtern noch verbessern wird. Da 56 Prozent der befragten Ärzte die Meinung geäußert haben, dass sich die Arzneimittelversorgung ihrer Patienten verschlechtern wird, nehme ich an, dass sie dies unabhängig von den jüngsten Vereinbarungen als einen laufenden Prozess ansehen und nicht als die Folge einer einzigen Handlung.

Darauf deutet auch die von den Befragten geäußerte Meinung hin, sie werden ihr Verordnungsverhalten nicht ändern (47 Prozent), 37 Prozent wollen versuchen, mehr Generika zu verordnen, 34 Prozent wollen mehr rezeptfreie Arzneimittel empfehlen oder Privatrezepte ausstellen und 27 Prozent sehen bei ihren Verordnungen gewisse Einsparpotentiale im Bereich der innovativen Arzneimittel.

**Kurz zusammengefasst bedeutet dies: Die Ärzte haben es satt, mit immer wieder neuen Maßnahmen bombardiert zu werden, deren Wirksamkeit sie als zweifelhaft ansehen und von denen sie annehmen, dass sie weniger zu Ersparniseffekten als vielmehr zur Verschlechterung der Patientenversorgung führen werden.**

In diesem Zusammenhang sollten wir uns an dieser Stelle noch andere Daten ansehen: Die gesetzlichen Krankenversicherungen haben nach Angaben des Bundesgesundheitsministeriums im Jahr 2000 16,8 Milliarden Mark für ihre Verwaltung ausgegeben, das entspricht im Durchschnitt einem Kostenbetrag von 280 Mark pro Versicherten. Hinter diesem an sich schon beunruhigenden Durchschnitt verstecken sich aber gewaltige Unterschiede. Während die Landwirtschaftskrankenkasse Ost in diesem Zeitraum jeden Versicherten für 413 Mark verwaltet hat, brauchte die BKK Ost dafür lediglich 169 Mark.

Rechnet man dies auf den gesamten Bereich der gesetzlichen Krankenversicherungen um, bedeutet dies, dass wir fast 7 Milliarden Mark einsparen könnten, wenn alle gesetzlichen Krankenkassen genauso sparsam wirtschaften würden wie die BKK Ost. Legt man die Kosten der Techniker-Krankenkasse – also einer Versicherung die sowohl im Osten wie im Westen tätig ist – dieser Berechnung zugrunde, ergibt das immer noch eine Ersparnis von knapp 6 Milliarden Mark.

Die in diesem Jahr fehlenden 5 Milliarden Mark könnten also auf diese Weise eingespart werden, ohne dass auch nur einem einzigen Versicherten nur eine einzige gesundheitliche Maßnahme mehr verweigert worden wäre.

*Dr. med. habil. Michael Habs*

*Vorsitzender des KFN-Kuratorium,  
Professor am Walther Straub Institut  
Der Universität München,  
Geschäftsführer der  
Dr. Willmar-Schwabe Arzneimittel  
Willmar-Schwabe-Straße 4  
D – 76227 Karlsruhe  
Tel. 0721 / 40 05 497*