

Apothekerpräsident Friese veranschaulichte seine Vorstellungen von Zusammenarbeit mit eigenen Erfahrungen. Er habe sich mit den acht Ärzten des Einzugsbereiches seiner Apotheke im Westfälischen zusammengesetzt, um über die Auswirkungen der Festbeträge zu beraten. Ergebnis: Einer der Ärzte wolle sich der Aut-idem/Aut-simile-Regelung bedienen und die Auswahl des Präparates grundsätzlich dem Apotheker überlassen. Zwei Ärzte wären, wenn auch mit Einschränkungen, bereit, den Apotheker bei der Auswahl zu beteiligen, die übrigen neigten dazu, Originalpräparate zu verordnen, vorausgesetzt, deren Preise lägen auf dem Festbetragsniveau. Solche persönlichen Erfahrungen mögen dazu beigetragen haben, daß Friese vor der Presse relativ zurückhaltend auf die Aut-idem/Aut-simile-Möglichkeit, die mit dem Gesundheits-Reformgesetz gegeben ist, einging; er plädierte vielmehr dafür, auf örtlicher Ebene Übereinkünfte zu treffen.

### **Erhöhter Beratungsbedarf durch Festbeträge**

Zweifellos kommt mit den Festbeträgen auf die Apotheker ein Mehr an Beratung zu, auch der Beratung des Arztes im Sinne von Vilmar. Der verordnende Arzt gerät nämlich leicht in Gefahr, die Übersicht zu verlieren, wenn

- der den Festbeträgen unterliegende Marktanteil fortwährend größer wird,
- die Festbeträge häufiger geändert werden und
- im Gefolge der Festbetragsänderungen sich das Preisgefüge ständig verschiebt.

Bei einer Pressekonferenz der Interessengemeinschaft Generika – am selben Tag in Bonn – bemängelte Ministerialdirektor Karl Jung vom Bundesarbeitsministerium, die Kassen hätten die Festbeträge zu hoch angesetzt. Die Taktik, zunächst maßvoll vorzugehen und im neuen Jahr die Festbeträge sodann zu überprüfen, hält Jung für falsch. Auf die Frage, ob Arzneimittelfirmen die Preise im festbetragsfreien Sektor erhöht

hätten, erklärte Jung, es habe Preis erhöhungen gegeben; sie beträfen ein Volumen von 50 Millionen DM. Konsequenz aus einem solchen Verhalten der Hersteller müsse es seitens der Kassen sein, „die Festbeträge noch schneller festzusetzen, als die anderen die Preise erhöhen“.

Schlußfolgerung: Auf die Ärzte könnte somit noch einiges an Festbetragsverwirrungen einprasseln. Ob sie angesichts dessen Jungs Vorstellung gerecht werden, „eine Schlüsselrolle bei der Umsetzung des Festbetragskonzeptes“ zu spielen, sei dahin gestellt. Möglicherweise wachsen jedoch den Apothekern hierbei mehr Informationsaufgaben zu, als ihnen derzeit lieb sind.

Hinzu kommen Beratungsaufgaben für den Apotheker, die sich im Gefolge der Negativliste einstellen dürften. Die geplante Erweiterung der Liste wird mit Sicherheit auf die Selbstmedikation durchschlagen. Prof. Dr. Rainer Braun von der ABDA (Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände) hält es zum Schutz des Patienten prinzipiell für nötig, die therapeutische Angemessenheit der Selbstmedikation durch den Apotheker überprüfen zu lassen. Der Apotheker dürfe allerdings – so Braun vor der Bonner Presse – nicht in Konkurrenz zum Arzt treten und in keiner Weise („auch nicht nach gegebenenfalls von ihm vorab durchgeführten diagnostischen Untersuchungen“) eine Feststellung von Krankheiten oder Leiden treffen. Laut Braun erstreckt sich die „Kontrollfunktion“ des Apothekers bei der Selbstmedikation auf:

- ▷ Anwendung ungeeigneter, das heißt nicht indikationsgerechter Arzneimittel,
- ▷ Nichtbeachtung von Anwendungsbeschränkungen,
- ▷ Nichtbeachtung von Arzneimittelwechselwirkungen,
- ▷ Aufklärung über Risiken durch Nebenwirkungen.

Würden Brauns Kriterien tatsächlich gewissenhaft befolgt, dann kämen auf den Apotheker freilich Beratungsaufgaben zu, die er bisher nur selten wahrnehmen müssen. Ob dafür in der täglichen Hektik wohl genügend Zeit ist? KR/NJ

## **Kündigungsrecht – eine stumpfe Waffe?**

Die Krankenkassen sehen sich überfordert, die Überkapazitäten im stationären Sektor (Stichwort: „Bettenberg“) aus eigener Initiative zügig abzubauen, um die vom Gesetzgeber (politisch vorgegebenen) Einsparpotentiale „einzufahren“. Die den Krankenkassen mit Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes „zuschanzte“ Vertragsfreiheit und das den Krankenkassen eingeräumte Kündigungsrecht gegenüber den Krankenhausträgern haben sich bislang als stumpfe Waffen erwiesen.

Sosehr der im Bundesarbeitsministerium auch für Krankenhausfragen zuständige Abteilungsleiter, Ministerialdirektor Karl Jung, die Krankenkassen ermahnte, unwirtschaftliche und nicht bedarfsgerechte Krankenhäuser oder einzelne Klinikabteilungen aus dem Versorgungsvertrag gemäß § 110 Abs. 1 Sozialgesetzbuch V (SGB V) zu kündigen, so muß Bonn die Tatsache zur Kenntnis nehmen: Auch acht Monate nach Inkrafttreten des „Reformgesetzes“ liegt noch kein Kündigungsantrag gemäß § 110 SGB V auf dem Tisch, geschweige denn, daß die Landesaufsichtsbehörden den Krankenkassen Zustimmung signalisiert hätten.

Zwar hat die verschärfte Kündigungsklausel zumindest in der Entstehungsphase des GRG für Unruhe und Proteste gesorgt, doch stecken Krankenkassen und Länder mit der Praktizierung dieses Faustpfandes in der Zwickmühle. Einerseits können die Krankenkassen nicht urplötzlich auf ihre angeblich mit dem Blümchen Reformgesetz wiedergewonnene Handlungsfreiheit pochen und ohne substantiierte Begründung kündigen, andererseits können die Krankenkassen nicht einfach Entscheidungen vom grünen Tisch fällen, weil sie in das Kostendämpfungs-konzept passen.

Krankenhäuser, die einen Versorgungsvertrag erhalten haben und

in den Bedarfsplan des Landes als bedarfsnotwendig akzeptiert wurden, können nicht plötzlich oder in abrupten Intervallen gekündigt werden, um dann eines Tages wieder in weitreichende Versorgungsverpflichtungen eingebunden zu werden. Länder und Krankenkassen, die der örtlichen und regionalen Krankenhausplanung „von oben“ zugestimmt haben, können den Krankenhausplan nicht wieder „von unten“ aufröhlen.

Die formal durch das Gesetz gegebenen Kündigungsmöglichkeiten sind ebenso begrenzt wie die Möglichkeiten, zügig Betten auf dem Vereinbarungsweg (über Budget- und Pflegesatzverhandlungen) abzubauen. Zudem ist der Kündigungsantrag einer Vertragspartei, der Vertragsausschluß also, an strenge gesetzliche Auflagen geknüpft. Zur stationären Versorgung zugelassenen Krankenhäusern (Plan-, Vertrags- und Hochschulkliniken) kann nur dann gekündigt werden (und zwar mit einer Frist von einem Jahr und mit Zustimmung des Landes), wenn das zu kündigende Krankenhaus dauerhaft unwirtschaftlich arbeitet und/oder für eine bedarfsgerechte Behandlung nicht mehr erforderlich ist. Zudem bedarf dies eines abgestimmten Vorgehens sämtlicher Kassenarten. Aber daran hapert es meistens in der Praxis, wie Beispiele zeigen. So haben Landesverbände der Krankenkassen dafür plädiert, Häuser zu schließen und Betten abzubauen, die Vertreter der örtlichen Kassen hingegen standen in den vordersten Reihen derjenigen, die gegen den beabsichtigten Klinikausschluß lebhaft protestierten. Zumeist gaben politische Rücksichtnahmen oder personelle sowie verbandliche Verquickungen dafür den Ausschlag. Aber auch permanente Interessengegensätze zwischen Ländern und Krankenkassen ließen das Kündigungs-Planspiel bisher nicht aufgehen: Die Krankenkassen sehen nämlich keinen Grund, leichtfertig und vorschnell Kündigungen gegenüber Klinikträgern auszusprechen, nur damit die Länder aus politischen Rücksichtnahmen die Hände in Unschuld rühren können und die Krankenkassen für sie die Kastanien aus dem Feuer holen. HC

## Gesundheitsuntersuchung und U 9 – Start am 1. Oktober

- Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Gesundheitsuntersuchung und die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern (U9) treten am 1. Oktober 1989 in Kraft. Der Wortlaut der Richtlinien und die daraus resultierenden Vereinbarungen der Vertragspartner werden in diesem Heft unter „Bekanntgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ veröffentlicht.
- Mit Beginn des nächsten Monats haben die Versicherten Anspruch auf die neuen Präventionsleistungen. In diesem Zusammenhang sind für den Arzt einige wesentliche Fragen von Bedeutung, die im folgenden erläutert werden.

### Berechtigungsscheine

Die Krankenkassen sind bemüht, ihren anspruchsberechtigten Versicherten bis zum 1. Oktober Berechtigungsscheine auszuhändigen. Sollte dies in den ersten Tagen nach Inkrafttreten der Richtlinien nicht in allen Fällen gelingen, so kann der in Anspruch genommene Arzt die betreffende Früherkennungsuntersuchung zunächst auch ausnahmsweise ohne Vorliegen eines solchen Berechtigungsscheines durchführen. Auf dem Berechtigungsschein für die Gesundheitsuntersuchung müssen im übrigen vom Arzt keine Eintragungen vorgenommen werden; er ist jedoch zwei Jahre aufzubewahren.

### Berichtsvordrucke

Der Berichtsvordruck für die Gesundheitsuntersuchung und das Kinderuntersuchungsheft sind Bestandteil der jeweiligen Richtlinien. Sie sollen sicherstellen, daß die Ergebnisse dieser Früherkennungsuntersuchungen ausgewertet werden können. Der Berichtsvordruck für die Gesundheitsuntersuchung wird den Ärzten voraussichtlich erst gegen Ende des Jahres zur Verfügung stehen, so daß die Dokumentation der Gesundheitsuntersuchungen zunächst nur in der Kartei vorgenom-

men werden kann. Eine Dokumentation auf gesondertem Berichtsvordruck wird voraussichtlich erst ab Januar 1990 möglich sein.

Dagegen wird das Einlegeblatt im Kinderuntersuchungsheft für die Dokumentation der U 9 voraussichtlich bereits Mitte Oktober zur Verfügung stehen, so daß ab diesem Zeitpunkt auch die Verpflichtung zur Dokumentation der U 9 auf diesem gesonderten Berichtsvordruck besteht. In den neu zu erstellenden Kinder-Untersuchungsheften wird der Berichtsvordruck für die U 9 eingearbeitet sein.

### Anspruch der Versicherten

Die Versicherten haben ab einem Alter von 35 Jahren jedes zweite Jahr Anspruch auf eine Gesundheitsuntersuchung. Aus diesem Grunde ist bei Versicherten, die im 4. Quartal 1989 die Gesundheitsuntersuchung in Anspruch nehmen, eine erneute Gesundheitsuntersuchung erst ab dem 1. Januar 1991 möglich. Im übrigen besteht der Anspruch eines Versicherten auf Teilnahme an der Gesundheitsuntersuchung auch dann, wenn dieser wegen einer oder mehrerer der Zielkrankheiten der Gesundheitsuntersuchung in kontinuierlicher ärztlicher Behandlung steht. ▷