

Gesundheitsreform in den Niederlanden

Im Blickfeld: Arzthonorierung und Arzneimittelmarkt

Joachim Müller

In den Niederlanden bleibt die Reform des Gesundheitswesens ebenso wie in der Bundesrepublik Deutschland im Blickfeld der Öffentlichkeit. Nach den vorgezogenen Parlamentswahlen im September 1989 sind die weiteren Weichenstellungen noch offen. Nachdem die Christdemokraten mit dem Wahlsieger Ruud Lubbers an der Spitze mit den Sozialdemokraten eine „große Koalition“ eingingen, spricht vieles dafür, daß die Reformpläne der alten christlich-liberalen Regierung zumindest in eine andere Richtung gehen. Ein erster Vorgeschmack: Die bisherigen Zuzahlungen der Versicherten bei Arzneimitteln und beim Facharztbesuch wurden zum 1. Januar 1990 abgeschafft.

Eckpfeiler der Gesundheitsreform

Das alte niederländische Kabinett hatte in Anlehnung an die Vorschläge einer Reformkommission unter Leitung des ehemaligen Vorstandsvorsitzenden des Philips-Konzerns, Wisse Dekker, eine grundlegende Neuordnung des Gesundheitswesens im Auge:

▷ „Basisversicherungen“ für alle Niederländer und Zusatzversicherung auf freiwilliger Basis;

▷ Neuaufteilung der Finanzierung des Gesundheitswesens aus Steuermitteln, einkommensabhängigen und einkommensunabhängigen Beiträgen;

▷ weitgehende Konkurrenz zwischen gesetzlichen und privaten Versicherern unter gleichen Wettbewerbsbedingungen;

▷ Abschaffung des Kontrahierungszwanges der Versicherer mit den Leistungserbringern.

Dies waren die „Eckpfeiler“ der ehrgeizigen Umgestaltungspläne, die in den nächsten Jahren schrittweise verwirklicht werden sollten. Bei der neuen christlich-sozialistischen Regierungskoalition dürfte sich vor allem der Anteil der in die Basisversicherung aufzunehmenden Leistun-

gen vergrößern. Bislang sollten die Versicherung von Arzneimitteln aus Apotheken, der Physiotherapie und der zahnärztlichen Versorgung für Erwachsene der Entscheidungsfreiheit des einzelnen überlassen werden. Außerdem wird auch mit einem tendenziell größeren einkommensabhängigen gegenüber einem einkommensunabhängigen Beitragsanteil gerechnet.

Obwohl erste Schritte in „Richtung Dekker“ mit der Einbeziehung der Hilfsmittelversorgung und der stationären Psychiatrie in die Volksversicherung „AWBZ“ und gleichzeitiger Einführung eines absolut für jeden Versicherten gleichen Beitragsanteils bereits im letzten Jahr vollzogen wurden, bleiben die weiteren Schritte ungewiß. Die für Anfang 1990 vorgesehenen Neuregelungen – unter anderem Einbeziehung der hausärztlichen Versorgung in die Volksversicherung – wurden vorerst aufgeschoben. Losgelöst von den Weichenstellungen, die im Mittelpunkt der niederländischen Reform stehen, waren auch Fragen der Arzthonorierung und der Arzneimittelversorgung in der Diskussion der letzten Monate hoch im Kurs.

Ein schon seit dem vergangenen Jahr schwelender Konflikt zwischen

Krankenkassen, Krankenhäusern, Spezialisten und Regierung über die Höhe der fachärztlichen Vergütung (vgl. DEUTSCHES ÄRZTEBLATT, Heft 46/1988) konnte im September einvernehmlich beigelegt werden. Die Fachärzte waren im vergangenen Jahr in die politische Schußlinie geraten, weil in ihrem Bereich nicht die erwarteten Einsparungen zustande kamen. Aus diesem Grund hatten der damals noch amtierende niederländische Arbeits- und Sozialminister de Koning und die Regierung im Oktober 1988 beschlossen, die Vergütung der Spezialisten drastisch zu reduzieren:

▷ Das „Normeinkommen“, das – ausgehend von einer 50-Stunden-Woche – der Tarifbildung der aus Fallpauschale und Einzelleistungsvergütung bestehenden Facharzthonorierung zugrunde liegt, sollte von 185 000 Gulden auf 173 000 Gulden jährlich reduziert werden.

▷ Darüber hinaus sollte die Erstattung der Praxiskosten, die ebenfalls in die Tarifbildung eingebunden ist, stufenweise von 107 000 Gulden auf 65 000 Gulden verringert werden.

Spezialistenverband: Streik-Aktionen

Die Reformpläne brachten den Niederländischen Facharztverband „Landelijke Specialisten Vereniging“ (LSV) und seine Mitglieder auf die Barrikaden. Mit streikähnlichen Aktionen in Form von „Sonntagsdiensten“ erregte der „Spezialisten-Konflikt“ im Oktober 1988 die Öffentlichkeit und führte zu einer erheblichen Verunsicherung unter den Patienten. Eine einstweilige Verfügung – vom Krankenhaus-Verband und der Patienten-/Konsumentenvereinigung erwirkt – stoppte die „Aktionen“ der Spezialisten schon nach wenigen Tagen.

Damit war die Honorierungsfrage jedoch keineswegs gelöst. Regierung und betroffene Verbände einigten sich auf den Ex-Sozialminister van Ardenne als Vermittler, der im September 1989 eine Kompromißlösung zustande brachte. Die Inhalte dieser Lösung: ▷

▷ Die Gesamtausgaben für fachärztliche Versorgung sollen ab 1990 für drei Jahre auf dem Stand von 1989 „eingefroren“ werden. Das bedeutet: Sie sollen einen Betrag von rund zwei Milliarden Gulden jährlich nicht überschreiten. Falls dies dennoch geschieht, werden die Tarife nachträglich gesenkt.

▷ Die Einkommen der „gut verdienenden“ Facharztgruppen – etwa der Radiologen – sollen zugunsten der „gering verdienenden“ Kinderärzte, Rheumatologen und Psychiater sinken.

▷ Gleiche Einzelleistungen verschiedener Facharztgruppen sollen nicht wie bisher unterschiedlich honoriert, sondern einander angepaßt werden.

▷ Spezialisten, die sich nicht nach der getroffenen Vereinbarung richten, erhalten von den jeweiligen Tarifen lediglich eine Vergütungsquote von 90 Prozent.

Als Gegenleistung soll die Regierung von ihren ursprünglichen Plänen Abstand nehmen, „Normeinkommen“ und „Praxiskosten“ zu senken. Nachdem die Regierung erkennen ließ, mit dem „van Ardenne-Plan“ einverstanden zu sein, wurde auch auf einer eilig einberufenen Mitgliederversammlung der „LSV“ Zustimmung bekundet. Lediglich ein Drittel der Mitglieder war nicht mit der Kompromißlösung einverstanden. Ob damit Ruhe an der „Spezialistenfront“ eingeleitet ist, muß abgewartet werden. In Zukunft werden auch grundsätzliche Fragen der ärztlichen Honorierung und Zulassung für Diskussionsstoff sorgen.

● So streben die politisch Verantwortlichen eine Angleichung der Honorierung zwischen haus- und fachärztlicher Vergütung an. Das bedeutet: Die bisherige Kopfpauschale der hausärztlichen Vergütung soll durch Einzelleistungselemente ergänzt und in die Einzelleistungsvergütung der Fachärzte sollen mehr pauschale Elemente eingebaut werden. Im Hinblick auf die Zulassung plant man in den nächsten Jahren, den Kontrahierungszwang der Kassen gegenüber Haus- und Fachärzten aufzuheben.

Für einen bilateralen Vergleich gesundheits- und wettbewerbspoliti-

scher Steuerungsansätze lohnt sich vor allem der Arzneimittelmarkt. Hier haben die Niederlande und die Bundesrepublik Deutschland eine gemeinsame Ausgangssituation: Sie zählen zu den Spitzenreitern bei den Arzneimittelpreisen. Während die Bundesrepublik Deutschland das durchschnittliche Preisniveau der Europäischen Gemeinschaft um rund 60 Prozent überschreitet, liegen die Niederlande um rund 40 Prozent über diesem Mittelwert – allerdings vor dem Hintergrund eines erheblich niedrigeren Medikamentenkonsums. Es verwundert also nicht, daß man auch in den Niederlanden versucht,



Wisse Dekker, ehemaliger Vorstandsvorsitzender des Philips-Konzerns, Eindhoven, Vorsitzender der Enquete-Kommission zur Reform des Gesundheitswesens in den Niederlanden. Die Vorschläge der „Dekker-Kommission“ haben maßgeblich die parlamentarischen Pläne zur Reform des Gesundheitswesens in den Niederlanden geprägt

Foto: Philips, Eindhoven

durch Preissenkungen zu deutlichen Einsparungen im Arzneimittelsektor zu kommen.

Wie in der Bundesrepublik hat man auch in den Niederlanden Festbeträge für Arzneimittel als zentralen Steuerungsansatz in Erwägung gezogen.

Das niederländische Gesundheitsministerium hatte bereits Anfang Juli 1988 ein konkretes Festbetragsmodell vorgelegt. Dieses Modell, in den Niederlanden auch als „ijkprijs-vergoeding“ bezeichnet, sah Festbeträge für „therapeutisch ersetzbare“ Arzneimittel vor. Diese

„therapeutische Ersetzbarkeit“ sollte in drei Situationen bestehen:

▷ bei einem identischen Stoff, aber mit Unterschieden in therapeutisch relevanten Darreichungsformen,

▷ bei verschiedenen Stoffen aus denselben pharmako-therapeutischen Gruppen,

▷ bei verschiedenen pharmako-therapeutischen Gruppen mit derselben Indikation.

Mit diesem Festbetragskonzept sollte in den Jahren 1989 und 1990 eine Reduzierung des ursprünglich bestehenden durchschnittlichen Preisniveaus jener abgegrenzten Arzneimittelgruppen um jeweils zehn Prozent erfolgen. Als Flankenschutz wollte die Regierung durch eine zeitlich begrenzte gesetzliche Regelung die Arzneimittelpreise einfrieren, um Ausweichreaktionen der Pharma-Industrie zu verhindern.

Alternativkonzept

Wer die Festbetragsdiskussion in der Bundesrepublik Deutschland verfolgt hat, wundert sich nicht, daß dieses Steuerungsinstrument auch in den Niederlanden heftig umstritten ist, zumal das ursprüngliche Konzept des Gesundheitsministeriums mit dem „Kriterium“ therapeutische Ersetzbarkeit“ umfassender war als hierzulande. Vor diesem Hintergrund einigten sich im Herbst vergangenen Jahres die maßgeblichen Interessenverbände – darunter die Krankenkassen, die Ärzteschaft, Apotheker und die Pharma-Industrie – in einer „All-Parteien-Vereinbarung“ auf ein Alternativkonzept, das eine verbindliche Senkung der Industrieabgabepreise und der Handelsspannen für Großhändler und Apotheker vorsieht. Dieser „Omni-Partijen-Akkoord“ (abgekürzt „OPA“) veranlaßte die Regierung in Den Haag, ihr Festbetragsystem vorläufig zurückzustellen.

Allerdings zeigte sich sehr bald, daß dieses Alternativkonzept erhebliche Probleme aufwarf. Zunächst gab es deutliche Zweifel, ob die Vereinbarung mit dem Preisabgabeverbot in Artikel 85 des EG-Vertrags in Einklang stand. Die Brüsse-

ler EG-Kommission gab deshalb dem „OPA“ nur unter dem Vorbehalt „grünes Licht“, daß die Vertragspartner Veränderungen vornahmen. Die Folge: Die Vereinbarung konnte erst im April in Kraft treten. Mittlerweile sind in den Niederlanden erste Ergebnisse des „Instituts für Medizinische Statistik“ in Den Haag bekannt geworden, nach denen der Apothekenumsatz in den ersten sieben Monaten dieses Jahres im Vergleich zum entsprechenden Vorjahreszeitraum um 13 Prozent gestiegen ist. Dies ist offensichtlich auch auf einen rückläufigen Generika-Umsatz zurückzuführen, der zuvor – auch aufgrund einer großzügigen Stimulanzprämie für den Apotheker bei der Abgabe preiswerter Arzneimittel – starke Zuwachsraten zu verzeichnen hatte. Diese Prämie wurde durch den „OPA“ reduziert.

Das angepeilte Einsparvolumen von 420 Millionen Gulden erschien demnach unerreichbar, so daß der Verband der niederländischen pharmazeutischen Industrie (Nefarma) bereits die Möglichkeit von Nachbesserungen diskutierte. Die niederländische Tageszeitung „De Volkskrant“ veranlaßte dies bereits zu der Schlagzeile: „Alternative Einsparvereinbarung im Arzneimittel-sektor scheitert“. Das niederländische Gesundheitsministerium sah sich noch im Spätherbst 1989 zu dem Kommentar veranlaßt, bei einem Scheitern des „OPA“ könne innerhalb eines halben Jahres das Festbetragssystem eingeführt werden. Denn die Beamten im Ministerium hatten zwischenzeitlich ihr Festbetragssystem nicht etwa zu den Akten gelegt, sondern weiterentwickelt und verbessert.

● Es wird also interessant sein, weiter zu verfolgen, ob die niederländische Regierung – auch ermuntert durch die erfolgreiche Umsetzung der Festbeträge in der Bundesrepublik Deutschland – dem Beispiel ihres östlichen Nachbarlandes folgt.

Anschrift des Verfassers:

Dipl.-Volkswirt

Dr. rer. pol. Joachim Müller
% Bundesministerium für
Arbeit und Sozialordnung
Rochusstraße 1
5300 Bonn 1 (Duisdorf)

Das Musik-Marathon auf Schloß Weikersheim

... oder: Wie das „Deutsche Ärzteorchester“ entsteht

Vor etwa 500 Zuhörern gab das Deutsche Ärzteorchester am 19. Oktober 1989 in Bad Mergentheim ein öffentliches Sinfonie-Konzert, das vom Publikum mit großem Applaus aufgenommen wurde. Die Vorgeschichte, und wer und was dahinter steht, wird auf diesen Seiten geschildert.

Selbst viele direkt Beteiligte hätten nicht für möglich gehalten, was da im Oktober 1989 im Taubertal gelungen ist: An einem Sonntagabend trafen sich auf Schloß Weikersheim 70 musizierende Ärztinnen und Ärzte, die aus allen Ecken und Enden der Bundesrepublik Deutschland angereist waren (auf eigene Kosten) und von denen sich viele bis dahin nie gesehen hatten, geschweige denn, daß sie miteinander musiziert hätten – am darauffolgenden Donnerstag gaben sie in der „Wandelhalle“ des Kurhauses von Bad Mergentheim ein öffentliches Sinfonie-Konzert, das manchem Städtischen Orchester alle Ehre gemacht hätte.

Dazwischen lagen dreieinhalb anstrengende Probetage und – ein kaum glaublicher Enthusiasmus.

„Die sind nicht nur begeistert bei der Sache“, sagte Dr. Pöller, Dirigent und Initiator des Unternehmens, während der Proben, „die sind geradezu fanatisch!“ Von Sonntag abend bis Donnerstag mittag wurde bis zur Erschöpfung geübt, geübt, geübt – etwas ganz anderes als der gelegentliche (oder auch regelmäßige) Quartettabend, der, wie sich zeigt, bei den Ärzten nach wie vor beliebt ist und den erfreulicherweise auch die jüngeren weiter pflegen.

Dreieinhalb Tage, dreieinhalb lange Tage: War der Beginn der Orchesterprobe für zehn Uhr morgens angesetzt, so trafen sich die einzelnen „Stimmen“ (Streicher, Holz-, Blechbläser) freiwillig schon um neun Uhr, „damit wir den Dvorak noch besser in den Griff kriegen“.



Angestrenzte Beratung: „Fünfter Takt nach Buchstabe F...“