

„Verteilung des Mangels muß ein Ende haben“

Schorre will Kassen in die Pflicht nehmen – Bericht von der Vertreterversammlung der KV Nordrhein am 29. November in Köln

von Ruth Banners

Die Honorarsituation der nordrheinischen Vertragsärzte war auch auf der Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) am 29.11.1997 das alles beherrschende Thema. Aber anders als in den vergangenen Sitzungen stand nicht der Verteilungskampf der einzelnen Gruppen im Vordergrund, sondern der gemeinsame Wille, die Situation für alle verträglich zu gestalten.

Dies schlug sich auch in den Beschlüssen der Versammlung nieder: Die Honorartöpfe werden zukünftig quartalsweise überprüft und wenn nötig an eine veränderte Arztlzahl angepaßt. Überweisungsabhängige Fachgruppen wurden von der Fallzahlzuwachsbeschränkung ausgenommen. Der befürchtete „Tod der am-

bulanten Psychotherapie“ wird durch eine kostenneutrale Regelung verhindert, durch die der Punktwert für diese Leistungen deutlich gesteigert wird.

Gleich zu Beginn seines Berichts machte der nordrheinische KV-Vorsitzende Dr. Winfried Schorre den versammelten Delegierten den Ernst der Situation deutlich. Die Zuwachsraten der Gesamtvergütung seien in 1997 niedriger als in den Vorjahren ausgefallen. „Aber dennoch konnte in Nordrhein ein Honorarzuwachs je niedergelassenem Arzt von gut vier Prozent erzielt werden“, sagte Schorre.

Der Punktwert, der „Paradeparameter für unsere Befindlichkeit“, differiere erheblich. Er betrage zum Beispiel bei den Orthopäden im II. Quartal 6,9 Pfennige im Primärkas-

senbereich – bei den Psychotherapeuten hätte er bei nur 4,3 Pfennigen gelegen, wenn er nicht gestützt worden wäre. Schorre äußerte daher Verständnis für die rund 150 Kolleginnen und Kollegen, die vor dem Gebäude in schwarz gekleidet und mit Trauermusik gegen den drohenden Tod der Psychotherapie als Leistung der GKV demonstrierten, wenn der Punktwert nicht weiterhin gestützt würde.

Aber neben den Psychotherapeuten seien Maßnahmen zur Stützung des Punktwertes, so Schorre, auch dort notwendig gewesen, wo die Kolleginnen und Kollegen auf Zuweisung arbeiteten und die Mengenentwicklung nicht kontrollieren könnten.

Kassen zur Verantwortung ziehen

Es sei daher notwendig, die Kassen zur Verantwortung zu ziehen, denn es könne nicht so weitergehen, daß die Ärzteschaft in Saalschlachten den Mangel zu verteilen habe und je nach Stimmungslage mal die eine, mal die andere Gruppe mehr Geld bekomme. Schorre: „Das ist kein Prinzip!“

Der Vorstand der KVNo habe deshalb begonnen, für die bedrohten Bereiche Honorarnachzahlungen zu verhandeln. Ein erster Erfolg sei bereits zu verzeichnen: Die AOK Rheinland sei bereit, fünf Millionen für die Stützung dieser Bereiche zu zahlen, habe die Zahlung aber an eine Eigenleistung der Ärzteschaft geknüpft. Diese bestehe in der Anwendung der Arztlzahldynamisie-



Den drohenden „Tod der ambulanten Psychotherapie“ betrauernden 150 Therapeutinnen und Therapeuten vor dem Eingang des Kölner Ärztehauses. Sie wollten die Delegierten der KVNo-VV auf die existenzgefährdende Honorarsituation ihrer Berufsgruppe aufmerksam machen. Foto: Frank Naundorf

Der Vorstand wird beauftragt, unverzüglich in geeigneter Form darauf hinzuwirken, daß die Kosten, die der Ärzteschaft durch die Maßnahmen zur Beseitigung der rückwirkenden Budgetierung entstehen, hälftig durch die Krankenkassen getragen werden und der VV über seine Anstrengungen zu berichten.

Antragsteller: Rainer Hermann Kötzle

zung, wie es die Anträge von Vorstand und HVM-Ausschuß vorsähen.

Die wichtigsten HVM-Änderungen

Dieser Auffassung schloß sich die große Mehrheit der Delegierten an und votierte für die Anpassung der Honorartöpfe an die Arztzahlentwicklung. Lediglich zehn Vertreter stimmten gegen die Dynamisierung. Demnach werden in den Quartalen III und IV/97 die fachgruppenspezifischen Honorartöpfe automatisch an die Entwicklung der Arztzahl in den betroffenen Gruppen angepaßt. Ab dem I. Quartal 1998 wird der Vorstand diese Anpassung – wenn nötig quartalsweise – nach Rücksprache mit dem HVM-Ausschuß vornehmen.

Als weitere wichtige HVM-Änderungen wurden beschlossen:

- Für Vereinbarungen hinsichtlich vernetzter Praxen, sogenannte vertraglich vereinbarte Verbünde von haus- und fachärztlichen Vertragsärzten, besteht nunmehr die Möglichkeit, einen eigenen Honorartopf zu bilden.
- Ein gemeinsamer Honorartopf von Nervenärzten und Psycho-

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verwarft sich aufs Schärfste gegen die Rufmord bedeutenden Äußerungen von Herrn Ellis Huber am 24.11.1997 in den 7-Uhr Nachrichten des WDR 2, in denen Herr Huber ausdrückt, daß aufgrund des momentanen Honorierungssystems mit den Budgets jeder Arzt betrügerisch abrechnen würde, da er sonst keine Chance habe, zu überleben.

Die Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein verwarfen sich aufs Schärfste gegen die Kriminalisierung aller Ärzte und beauftragen den Vorstand, Rechtsmittel gegen Herrn Huber einzuleiten.

Antragsteller: Dr. Jens-Harder Boje

therapeuten wird gebildet. Dies führe zu einer Anhebung des Punktwertes im Bereich der Ersatzkassen auf 7,2 Pfennige und auf 5,9 Pfennige bei den Primärkassen, so Schorre.

- Die überweisungsabhängigen Fachgruppen werden aus der Fallzahlzuwachsbeschränkung des HVM ausgenommen. (Den neuen HVM finden Sie in diesem Heft unter den „Amtlichen Bekanntmachungen“ ab Seite 69.)

Angenommen wurde mit 50 gegen 42 Stimmen bei 13 Enthaltungen ein Antrag von Vorstandsmitglied Dr. Peter Burbach, der die Verlagerung der Krebsvorsorge sowie des Checkups in den roten, unbudgetierten Bereich der Praxisbudgets vorsieht. Dies soll als Modellvorhaben mit den Krankenkassen verhandelt werden.

Auf das medizinisch Notwendige beschränken

Schorre machte im Rahmen seines Berichtes aber auch deutlich, daß durch die Nachverhandlungen und die für 1998 vorgesehenen Regelleistungsvolumina nur eine geringe Vermehrung des Geldes für den ambulanten Bereich möglich sei. Ein „vernünftiger Preis für unsere Arbeit“ lasse sich nur durch Begrenzung der Leistungsmenge erzielen.

Schorre berichtete, daß der Bundesausschuß „Ärzte und Krankenkassen“ bereits damit begonnen habe, den Leistungskatalog zu überprüfen. Aber entschieden werde die Frage in den Praxen. Jeder einzelne Kollege müsse im Angesicht des Patienten über die Indikation entscheiden. Denn „die strenge, nur medizinisch begründete Indikation ist das Geheimnis der ökonomischen Sanierung unserer Arbeit“, so Schorre.

Auswirkungen des BSG-Urteils

Kontrovers diskutiert wurden die Auswirkungen des Urteils des Bundessozialgerichts zur Aufhebung der rückwirkenden Budgetierung in den Quartalen I und II/96.

Vorstandsmitglied Dr. Horst Wimmershoff zum Beispiel appellierte an die Versammlung, die vom Vorstand beschlossenen Modalitäten zu unterstützen, die eine Erstattung von entgangenem Honorar für alle betroffenen Kollegen vorsehen. Nur so sei ein Streit zu vermeiden. Dagegen hatte Dr. Heiner Pasch, praktischer Arzt aus Wipperfürth, die Auszahlung nur an Widerspruchsführer verlangt. Letztendlich blieb es aber bei den vom Vorstand beschlossenen Modalitäten.

Finanziert werden die Nachzahlungen aus Rückstellungen, die nach Auskunft des KVNo-Hauptgeschäftsführers Bernhard Brautmeier in ausreichender Höhe gebildet worden sind.

Förderung der Weiterbildung Allgemeinmedizin

Auf Antrag des Kölner Allgemeinmediziners und Vorstandsmitglieds Dr. Heinrich Antz beschloß die VV, die Mittel zur Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin in der vom Vorstand im Haushaltsentwurf für 1998 vorgesehenen Weise einzustellen. Konkret heißt das: 350.000 DM stehen im kommenden Jahr für die Weiterbildungsförderung von Allgemeinärzten zur Verfügung. Über die genauen Modalitäten wird sich eine Sonder-VV im Januar '98 verständigen.

Einstimmig angenommen wurde der gesamte Haushaltsplan für das Jahr 1998 mit der erfreulichen Tatsache, daß dank der Bemühungen der Verwaltung der KVNo der Verwaltungskostensatz von 2,5 Prozent im Jahre 1997 auf 2,3 Prozent im Jahr 1998 abgesenkt werden konnte.

Auf der konzentriert geführten Versammlung verabschiedeten die Vertreter außerdem mit 102 Ja-Stimmen gegen fünf Neinstimmen und zwei Enthaltungen eine seit Jahren diskutierte Satzungsänderung. Danach ist es nun einerseits möglich, den Verwaltungskostensatz für die Ärzte zu reduzieren, die mittels EDV abrechnen. Andererseits kann der Vorstand einen zu-

sätzlichen Beitrag zur Finanzierung von Notfallpraxen und Arztnotrufrzentralen erheben.

Wichtig für das kommende Jahr ist nach Schorres Ansicht die Modifizierung der Gebührenordnung, so daß diese zu den Regelleistungsvolumina passe. Der EBM sei deswegen auf arztgruppenbezogene Leistungskomplexe umzuarbeiten, was in Kooperation mit den Berufsverbänden schon gut laufe. So seien die Kapitel zum ambulanten Operieren und zur Kardiologie bereits fertig. Schorre: „Das gibt uns die Chance, diese Bereiche schon Anfang des Jahres als Regelleistungsvolumina mit den Krankenkassen zu verhandeln und damit aus der Gefahrenzone floatender Punktwerte herauszubringen.“

Auf Antrag der Doktores Heiner Pasch und Jürgen Zastrow sowie 67

weiteren Unterzeichnern wird im Januar 1998 eine Sonder-VV stattfinden, die ausschließlich dem Thema „Hausarzt/Facharzt“ gewidmet sein wird.

Die VV der KVNo lehnt die geplante Absenkung der GOÄ-Sätze ab.

Antragsteller: Dr. Heiko Schmidt-Vollmer und Dr. Christiane Friedländer

Der Finanzausschuß der VV der KVNo wird beauftragt, den Haushalt der KVNo dahingehend zu überprüfen, ob und wo weitere Einsparungen möglich und durchführbar sind mit der Zielsetzung, eine weitere Absenkung des Verwaltungskostensatzes zu erreichen.

In diesem Zusammenhang mahnt die VV dringend den Vorstand der KVNo an, die Verwaltungsreform der KVNo auf den Weg zu bringen und der VV über entsprechende Schritte und die zeitliche Planung zu berichten.

Antragsteller: Rainer Hermann Kötze

heitssystem mehr Chancen als Risiken, wenn sie im Interesse der Patienten ausgestaltet werden. Eine alleinige Koppelung von Honoraren und Arzneimitteln, wie sie in den Bonusverträgen der AOK Hessen, Berlin und Brandenburg mit den KVen vorgesehen sind, führen jedoch in eine Sackgasse“. Mit diesen Worten begrüßte Dr. Horst Freisler, Vorstandsvorsitzender des VFA, die Patientenvertreter.

Innovative Arzneimittel verbesserten die Lebensqualität von chronisch Kranken spürbar, sagte Freisler weiter. An qualitativ hochwertigen Arzneimitteln dürfe nicht gespart werden. „Wir forschenden Arzneimittelhersteller stehen für Innovationen. Wir stehen für Forschung und Fortschritt und insofern stehen wir neuen Versorgungsformen aufgeschlossen gegenüber.“

Selbsthilfegruppen und Industrie kritisieren Bonusverträge

4. Round-Table des Verbandes Forschender Arzneimittelhersteller mit Patienten-Selbsthilfegruppen

von Sabine Schindler

Nach der Gesundheitsreform – Wie geht es weiter mit der Arzneimittelversorgung? war der Titel eines Round-Table-Gesprächs, zu dem der Verband Forschender Arzneimittelhersteller (VFA) kürzlich Patientenvertreter nach Bonn eingeladen hatte. Schwerpunkt der Diskussion waren die nach der jüngsten Stufe der Gesundheitsreform möglichen neuen Versorgungsformen bzw. „Strukturverträge“. Solche Verträge zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen können nun beispielsweise auch Budgets vorsehen, in denen das ärztliche Honorar

und die Ausgaben für veranlaßte Leistungen, vor allem für Arzneimittel, gekoppelt werden.

Die 90 Patientenvertreter, die für rund eine Million chronisch Kranke in Deutschland sprechen, werden turnusmäßig vom VFA eingeladen, um im Austausch mit der Industrie neue Entwicklungen im Bereich der Arzneimittelversorgung zu diskutieren.

„Arzneimittelversorgung in Gefahr“

„Die neuen Versorgungsformen, die das zweite Neuordnungsgesetz vorsieht, bieten für unser Gesund-

„Nicht an Arzneimitteln sparen“

Allerdings dürften diese neuen Versorgungsformen – sprich Bonusverträge – nicht die Innovationsleistungen der Industrie gefährden. In den ersten Monaten 1997 habe der Verband die Einführungen von 22 neuen Wirkstoffen verzeichnet, die überwiegend Herz-, Asthma- und Krebserkrankten zugute kämen. Diese Wirkstoffe müßten aber auch diejenigen, die darauf angewiesen seien, erreichen. Hier dürfe die Gesundheitspolitik nicht den Rotstift ansetzen.

„Für die Patienten muß es doch ein unerträglicher Gedanke sein, daß ihnen hochwirksame Mittel verwehrt werden können, und daß der Arzt ein um so größeres Honorar erhält, je mehr er beim Patienten spart. Falls die Patienten überhaupt davon Kenntnis erhalten“, sagte Freisler.

Damit nahm er viele Befürchtungen der Patientenvertreter vorweg, die allesamt beklagten, daß ihre Sorgen von Politik, Kassen und Ärzten nicht wahrgenommen würden. Dem Versprechen der Kassen, daß eine wirtschaftlichere Versorgung nicht gleichbedeutend mit einer