

„Krankenkassen spekulieren auf Regierungswechsel“

Einigkeit über gesundheitspolitisches Credo, aber Uneinigkeit über neue Gebührenordnung – Bericht von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 18. Mai in Köln

von Ruth Bahners

Du sollst den Tag nicht vor dem Abend loben – den Gehalt dieser Spruchweisheit mußte der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 18. Mai in Köln auf der KBV-Vertreterversammlung schmerzlich erfahren. Während die Delegierten zum Auftakt der Veranstaltung mit großer Mehrheit die vom Vorstand vorgelegten gesundheitspolitischen Eckpunkte annahmen, verweigerten sie dem Vorstand die Gefolgschaft bei der vorgelegten Neufassung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM). Das ebenfalls zur Abstimmung gestellte neue Labor-Konzept fand eine Mehrheit, allerdings in einer modifizierten Fassung.

Am Vorabend der Eröffnung des 101. Deutschen Ärztetages legte die KBV ein neues gesundheitspolitisches Eckpunktepapier vor, mit dem die 110.000 Vertragsärzte in die zu erwartenden politischen Auseinandersetzungen ziehen wollen. Vor allem im Hinblick auf einen möglichen Regierungswechsel bei der Bundestagswahl im Herbst sahen sich die Vertragsärzte vor die Notwendigkeit gestellt, eigene Antworten auf die drängendsten Probleme des Gesundheitswesens zu geben.

Wachsender politischer Druck auf die Kassenärzte

In seinem Bericht zur Lage skizzierte der KBV-Vorsitzende Dr. Winfried Schorre den „wachsenden Druck“, dem die Vertragsärzte ausgesetzt seien. Von Seiten der CDU-

geführten Regierung bestehe die Gefahr, daß sie den Vertragsärzten den Vorwurf mache, die Instrumente des zweiten GKV-Neuordnungsgesetzes (2. NOG) nicht zu nutzen. Eine mögliche neue SPD-geführte Regierung beabsichtige aber gerade, die Neuerungen des 2. NOG zu beseitigen und an deren Stelle bekannte und gefürchtete Maßnahmen zu setzen: Wiedereinführung der sektoralen Budgetierung, Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung, Einzelverträge zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten, primärärztliche Steuerungselemente und die Sektionierung der KVen.

Unmittelbare Auswirkungen zeige diese Situation nach Schorres Einschätzung schon in der „brüchig gewordenen Vertragspartnerschaft“ zu den Krankenkassen. Als Indizien führte der KBV-Vorsitzende die „Kampagne gegen das Image der Ärzteschaft“ in Form von empörenden, weil einseitigen, meist unbegründeten und überzogenen Attacken der Spitzenverbände der Krankenkassen an sowie die Verweigerungshaltung der Kassen im Vertragsgeschäft.

Diese verweigerten die Verhandlung über gesetzlich zugestandene Regelleistungsvolumina und stellten statt dessen immer schlechtere Konditionen. Dies habe letztlich zum Scheitern einer Bundesempfehlung geführt. Vielen KVen bleibe nur der Weg zum Schiedsamt, um „unser Recht auf eine faire Gestaltung der Gesamtvergütung durchzusetzen“.

Die Kassen „spekulieren ganz eindeutig auf einen Regierungswechsel im September in der Hoffnung auf die Rücknahme der Reformansätze im 2. NOG“, so Schorres Fazit.

Geschlossener Widerstand tut not

Die Vertragsärzteschaft setze diesem Druck aber keinen geschlossenen Widerstand entgegen. Sie sei statt dessen dabei, den Ast, auf dem sie sitze, selbst abzusägen. Der KBV-Vorsitzende warnte eindringlich davor, in diesen krisenhaften Zeiten „die KV als Träger des Kollektivvertragssystems zu spalten oder gar aufzulösen“. Denn dann würde sich die Vertragsärzteschaft selbst des Schutzes gegenüber den Kassen berauben und deren Machthunger stärken.

Das Gegeneinander in der innerärztlichen Auseinandersetzung habe Formen angenommen, „die nicht mehr tolerabel sind“, sagte Schorre in Anspielung auf die wechselseitig in der Öffentlichkeit vorgebrachten Vorwürfe von Mandatsträgern. Schorre erinnerte an die Pflicht der Funktionsträger, die Regeln des Anstandes, der Fairneß und der Redlichkeit zu beachten. „Wir haben nicht nur Entscheidungsrechte, wir haben Handlungsverantwortung, und wir haben Vorbild zu sein“, so Schorres Mahnung.

Bedarfsgerechte Versorgung und angemessene Arbeitsbedingungen

Aus dieser Handlungsverantwortung heraus stellte Schorre den

Delegierten die neugefaßten gesundheitspolitischen Eckpunkte vor, die auf drei Essentials basieren: Erhaltung des Sicherstellungsauftrages, des Kollektivvertragssystems und einer eigenständigen Selbstverwaltung der Vertragsärzte. Dem Antrag des KBV-Vorstandes, in dem die Leitsätze des Eckpunktepapiers zusammengefaßt waren, stimmte die Versammlung mit großer Mehrheit zu. Im Zentrum dieses gesundheitspolitischen Credos steht der Anspruch des Patienten auf eine notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung wie der Anspruch des Arztes auf angemessene Arbeitsbedingungen im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit (siehe Kasten, Leitsätze 1 und 2).

Gegenüber dem Eckpunktepapier aus dem Jahr 1994 sei die Neufassung stark vom Finanzierungsmangel der gesetzlichen Krankenversicherung geprägt, erläuterte der KBV-Hauptgeschäftsführer Dr. Rainer Hess. Daher werde eine Überarbeitung des Leistungskataloges der GKV gefordert sowie eine stärkere Eigenverantwortung des Versicherten (Leitsätze 9 und 10).

Ebenfalls neugefaßt ist die Haltung der Kassenärzte zum Wettbewerb der Krankenkassen. Um auch weiterhin den Anspruch aller Versicherten auf eine angemessene Versorgung zu gewährleisten, müßten wenigstens die Grundstrukturen mit allen Kassenarten einheitlich vereinbart werden (Leitsatz 23).

Strukturierte und arbeitsteilige Versorgung

Bezüglich der Struktur der Versorgung setzen die Kassenärzte auf eine klare Arbeitsteilung zwischen dem ambulanten und stationären Versorgungsbereich sowie auf eine stärkere Kooperation zwischen Vertragsärzten und Krankenhausärzten (Leitsatz 8).

In einem eigenen Konsenspapier hatten sich Bundesärztekammer, KBV-Vorstand und Marburger Bund zuvor auf die Grundzüge der Kooperation geeinigt. Auch dieses

Leitsätze des Eckpunktepapiers der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

I. Gesundheitspolitische Grundziele

Leitsatz 1

Der Patient steht im Mittelpunkt des Gesundheitswesens mit seinem Anspruch auf

- eine notwendige, ausreichende und wirtschaftliche Versorgung,
- freie Arztwahl,
- eine intakte Arzt-Patienten-Beziehung eingebettet in ein ausgewogenes Verhältnis von Eigenverantwortung, Solidarität und Subsidiarität. Dies wird entscheidend mitbestimmt durch den medizinischen Fortschritt und die Änderung des Morbiditätsspektrums einerseits und die Einnahmeproblematik der Kassen bedingten Finanzierungsschwierigkeiten der GKV andererseits.

II. Ärztliche Grundwerte

Leitsatz 2

Der Arzt ist bei beruflicher Entscheidungsfreiheit primär dem Wohl des Patienten verpflichtet und hat Anspruch auf angemessene Arbeitsbedingungen im Rahmen freiberuflicher Tätigkeit.

III. Die Struktur der ärztlichen Versorgung

Leitsatz 3

Die ambulante Versorgung umfaßt einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Versorgungsbereich, die gleichrangig sind und dies auch in Zukunft bleiben müssen.

Leitsatz 4

Die Hausarztqualifikation soll nach Schaffung der Voraussetzungen für die Einführung einer fünfjährigen Weiterbildung in der Allgemeinmedizin unbeschadet der Zuständigkeit des Kinderarztes auf weitergebildete Allgemeinärzte ausgerichtet werden. Die Rechte der als Hausärzte zugelassenen Internisten sind zu wahren.

Leitsatz 5

Ein Primärarztssystem im Sinne einer verpflichtenden vorgeschalteten Inanspruchnahme eines Hausarztes mit einer grundsätzlichen Beschränkung des unmittelbaren Zugangs zur fachärztlichen Versorgung wird entschieden abgelehnt.

Leitsatz 6

Das Recht des Versicherten auf freie Arztwahl darf nicht zur unkoordinierten Mehrfachinanspruchnahme einer Vielzahl von Vertragsärzten führen. Der Versicherte kann im selben Quartal je einen Vertragsarzt der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung ohne Überweisung in Anspruch nehmen. Die Krankenversicherungskarte ist entsprechend zu ändern. Die wechselseitige Information ist auch unter den ohne Überweisung in Anspruch genommenen Ärzten sicherzustellen, soweit der Versicherte dem zustimmt.

Leitsatz 7

Eine institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung mit dem Effekt einer schrittweisen Verlagerung der fachärztlichen Tätigkeit an die Krankenhäuser wird aus Kostengründen sowie aus organisatorischen und betreuerischen Gründen strikt abgelehnt.

Leitsatz 8

Aufgrund einer klaren Arbeitsteilung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung muß die Kooperation zwischen niedergelassenen Vertragsärzten und Krankenhausärzten ausgebaut werden, wobei der Grundsatz gilt: „soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“. Die dazu notwendigen Rechtsinstrumente sind im geltenden Recht verankert. Sie müssen auf der Grundlage der Eckpunkte und des zwischen Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gemeinsam getragenen Konsenspapiers besser genutzt werden.

Leitsatz 9

Durch vermehrten Einsatz elektronischer Medien und Kommunikationsstrukturen soll unter strikter Beachtung des Daten- und Vertrauensschutzes sowie des informationellen Selbstbestimmungsrechts der Patienten die „Vernetzung“ der Versorgungseinrichtungen und die nahtlose Patientenbetreuung gefördert werden.

Konsenspapier fand in einer gesonderten Abstimmung die Zustimmung der KBV-Delegierten.

Innerhalb des ambulanten Versorgungsbereiches bekannte sich die KBV-VV zu einer Gliederung in einen hausärztlichen und einen

fachärztlichen Versorgungsbereich, betonte aber deren Gleichrangigkeit (Leitsatz 3). Ein Primärarztssystem im Sinne einer verpflichtenden vorgeschalteten Inanspruchnahme eines Hausarztes wird „entschieden abgelehnt“ (Leitsatz 5).

Zur Realisierung dieses Gliederungskonzeptes diene nach Ansicht der großen Mehrheit der Delegierten das sogenannte „Initiativprogramm zur Sicherstellung der allgemeinmedizinischen Versorgung“ der Gesundheitsministerkonferenz der Länder. Dieses zunächst auf zwei Jahre angelegte Programm sieht eine Anschubfinanzierung der Krankenkassen von Weiterbildungsstellen in der Allgemeinmedizin vor. Die Krankenkassen haben zugesichert, 4 500 Stellen in Krankenhäusern und 3 000 Stellen in Praxen niedergelassener Ärzte mit je 2 000 DM zu fördern.

Keine Experimente - EBM '99 abgelehnt

Obwohl die Mehrheit der Delegierten mit ihrer Zustimmung zum Eckpunktepapier auch die darin enthaltenen Grundzüge einer neuen Gebührenordnung (arztgruppenspezifischer Aufbau, Leistungskomplexe, gesonderte Vergütung für spezifische Indikationen, Einzelleistungen für qualitätsgesicherte Leistungen sowie Anreize für ein Überweisungssystem) gebilligt hatte, fand das Konzept für den EBM '99 keine Zustimmung. In der eigens zu den Themen EBM und Labor angesetzten geschlossenen Sitzung lehnte die Versammlung mit der denkbar knappsten Mehrheit von 45 zu 44 Stimmen den Vorstandsantrag zum EBM ab. Das neue Labor-konzept wurde lediglich „im Grundsatz“ gebilligt.

„Keine Experimente“ war die Auffassung der meisten Delegierten. Wohl ahnend, daß dies die Stimmung der Delegierten sein würde, hatte sich Dr. Eckhard Weisner, 2. Vorsitzender der KBV und Vorsitzender der Gebührenordnungskommission, vor allem um eine Antwort auf die Frage bemüht, warum schon wieder ein neuer EBM notwendig sei.

Weisner führte dafür im wesentlichen drei Gründe an: Erstens habe die KBV-VV beschlossen, die Praxisbudgets abzulösen. Zweitens gebe es noch unerfüllte Auflagen des Gesetzgebers, der unter anderem

fordere, daß EBM-Leistungen zu Komplexen zusammenzufassen seien. Drittens aber existiere immer noch ein Ungleichgewicht zwischen dem von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten Gesamthonorar und dem nach wie vor steigenden Leistungsbedarf. Der neue EBM solle daher dem Grundsatz folgen „Weniger ist mehr“.

Dieser Paradigmenwechsel gelang nicht. Vor allem an den geplan-

ten pauschalierten Elementen des EBM entzündete sich die Kritik. Statt der Vorstandsvorlage wurde daher beschlossen, „die Pläne für einen neuen EBM fundamental zu überarbeiten“. Vor allem sollten keine weitergehenden Pauschalierungen vorgenommen werden, bereits bestehende pauschale Vergütungselemente sollten überprüft werden. Der neue EBM solle so gefaßt sein, „daß sich Regelleistungs-

IV. Finanzierungsgrundlagen der GKV

Leitsatz 10

Das Verhältnis von Eigenverantwortung und Solidarität sowie Subsidiarität und staatlicher Intervention der GKV muß neu überdacht werden. Die finanzielle Eigenverantwortung des Patienten muß im sozialverträglichen Maß gestärkt werden, um die Solidargemeinschaft vor Überforderung zu schützen.

Leitsatz 11

Der sich aufgrund zunehmend begrenzter Finanzmittel anbahnende Konflikt im Patient-Arzt-Verhältnis kann nur dadurch gelöst werden, daß bei knapper werdenden Geldmitteln die bei angemessener Vergütung und festen Preisen hieraus finanzierbaren Leistungen einer notwendigen medizinischen Versorgung exakt definiert werden und davon Leistungen abgegrenzt werden, die ohne Verlust an Qualität der notwendigen Versorgung in die Eigenverantwortung des Versicherten übertragen werden können. Die Finanzierungsengpässe der GKV dürfen nicht länger einseitig die ambulante Versorgung belasten.

Leitsatz 12

Die Versicherungspflichtgrenze muß der Maßstab für die Bestimmung des einen sozialen Versicherungsschutz benötigenden Personenkreises bleiben. Die private Krankenversicherung muß deswegen als Versicherungsmöglichkeit für freiwillig Versicherte erhalten bleiben.

Leitsatz 13

An die Stelle einer erhöhten Selbstbeteiligung für die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch die Versicherten sollte für bestimmte Leistungsausgaben ein flexibler Beitragsanteil der Versicherten zur Entlastung der Lohnnebenkosten treten.

Leitsatz 14

Der wachsende Bedarf in der Arzneimittel- und Heilmittelversorgung erfordert angesichts begrenzter finanzieller Ressourcen entsprechende Klarstellungen zum Leistungsumfang einer gesetzlichen Krankenversicherung. Daneben sind die Grundlagen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit dem Ziel neu zu ordnen, das Morbiditätsrisiko wieder ausschließlich im Verantwortungsbereich der hierfür zuständigen Krankenversicherung anzusiedeln.

V. Das Versicherungssystem

Leitsatz 15

Für den als sozialschutzbedürftig definierten Personenkreis der gesetzlich Versicherten ist das auf dem Solidaritätsprinzip beruhende Sachleistungssystem in dem für eine medizinisch notwendige Versorgung definierten Umfang beizubehalten.

Leitsatz 16

Das in der GKV verankerte Wahlrecht des Versicherten zwischen Sachleistung und Kostenerstattung muß auch in Zukunft für die Versicherten individuelle Gestaltungsmöglichkeiten ihres Versicherungsschutzes ohne zusätzliche Belastung der Solidargemeinschaft gewährleisten.

Leitsatz 17

Größere Eigenverantwortung kann schrittweise auch im Rahmen einer solidarischen Finanzierung übernommen werden. Hier sind neue Angebote von Satzungsleistungen, neuen Versorgungsformen (Wahltarife) und von Informationen über Qualitätsunterschiede zwischen Versorgungsangeboten der Krankenkassen zu schaffen.

Leitsatz 18

Die Kassenärzte befürworten den Erhalt eines einheitlichen Leistungskataloges für die Versicherten. Dieser muß sich jedoch am medizinisch Notwendigen ausrichten und darf nicht unwirksame, unnötige, versicherungsfremde oder unwirtschaftliche Leistungen enthalten.

volumen unmittelbar aus dem EBM heraus entwickeln lassen“.

Mißstände im Labor beseitigen

Ebenfalls in geschlossener Sitzung wurde über eine Änderung des Laborkapitels verhandelt. Zwei Beweggründe leiteten den KBV-Vorstand: Das Labor, vor allem die Leistungen des Speziallabors O III, zeigte in der Vergangenheit ein beispielloses Mengenwachstum von jährlich rund 12,5 Prozent seit 1988. Zum anderen erfolgt hier ein Konzentrationsprozeß, der den Bestand des Labors als ärztliche Leistung immer mehr gefährdet. Aber auch immer wieder im Zusammenhang mit dem Labor inkriminierte Praktiken wie Koppelungsgeschäfte und ein bundesweiter Probenourismus machten eine Neuregelung dringend notwendig.

Der KBV-Vorstand hatte zusammen mit der Unternehmungsberatung McKinsey ein Konzept entwickelt, das aus den folgenden Kernelementen besteht:

- die Trennung der Vergütung in einen ärztlichen Vergütungsanteil und einen Kostenanteil;
- eine bundeseinheitliche Neubewertung der Kosten für O-III-Parameter auf DM-Basis;
- die Vergütung der ärztlichen Leistungen über arztgruppenspezifische Zuschläge zur Ordinationsgebühr;
- die Einführung einer fallzahlabhängigen Konsiliarpauschale für die ärztliche Leistung des Laborarztes;
- Richtgrößen für die Veranlassung und die Eigenerbringung von Laborleistungen sollen die Leistungsmenge einfangen und auf den Stand von 1994 zurückfahren;
- eine zentrale Datenerfassungsstelle soll für Transparenz sorgen, vor allem im Hinblick auf veranlaßte und tatsächlich erbrachte Leistungen.

Auch dieser Vorschlag traf nicht auf ungeteilte Zustimmung. Dr. W.

VI. Das Vergütungssystem

Leitsatz 19

Eine neue Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen als Basis für eine leistungsgerechte und kalkulierbare Vergütung sollte

- arztgruppenspezifisch aufgebaut sein,
- arztgruppentypische, regelmäßig erbrachte Leistungen, soweit möglich und medizinisch sinnvoll, in Leistungskomplexen zusammenfassen,
- spezifische Indikationen gesondert vergüten,
- Einzelleistungen für qualitätssichere Leistungen vorsehen und
- Anreize für ein Überweisungssystem setzen.

Leitsatz 20

Durch die Vereinbarung von Regelleistungsvolumen mit vereinbarten angemessenen Punktwerten muß die Chancengleichheit für die ambulante Versorgung gegenüber der stationären Versorgung wiederhergestellt werden. Eine feste Ausgabenobergrenze der Krankenkassen für den ambulanten Bereich ist damit nicht vereinbar, auch nicht durch den Verweis auf die Beitragssatzstabilität, die

1. für alle Beteiligten des Gesundheitswesens gilt und
2. durch unabweisbaren Versorgungsbedarf relativiert wird.

Leitsatz 21

Die Differenzierung in den Vergütungen der vertragsärztlichen Tätigkeit zwischen Ost und West ist angesichts des inzwischen erreichten Gleichstandes hinsichtlich Umfang und Qualität der ambulanten Versorgung nicht länger zu rechtfertigen. Die Krankenkassen haben die notwendigen Finanzmittel zur Angleichung der Vergütungsbedingungen an das Westniveau bereitzustellen, um die ansonsten drohende Gefährdung des Versorgungsniveaus in den neuen Bundesländern abzuwenden.

VII. Bedarfsplanung

Leitsatz 22

Die Bedarfsplanung darf nicht ausschließlich an starren Verhältniszahlen und Altersgrenzen ausgerichtet werden, sondern muß sich am Versorgungsbedarf der Patienten orientieren. Das Eigentum des Kassenarztes an seiner Arztpraxis und das daraus abgeleitete Verfügungsrecht bei Praxisaufgabe ist verfassungsrechtlich geschützt und muß als wesentliches Element der Sicherung seiner Altersversorgung als Freiberufler erhalten bleiben. Der vom Gesetzgeber der Selbstverwaltung im 2. GKV-Neuordnungsgesetz eingeräumte Spielraum für flexible Weiterentwicklung der Bedarfsplanungskriterien muß insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Sicherung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung genutzt werden.

VIII. Flexible Vertragsstrukturen

Leitsatz 23

Die Kassenärzte selbst werden durch die Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen, die ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation und eine konsequente Patientenbegleitung sowie ein umfassendes Qualitätsmanagement ermöglichen, ihren Beitrag zur Zukunftssicherung des solidarisch finanzierten Gesundheitssystem leisten.

Leitsatz 24

Diese Versorgungsstrukturen dürfen nicht durch selektiv gestaltete Versorgungsangebote einzelner Krankenkassen zersplittert werden. Die Kassenärzte sehen es als ihre Verantwortung an, allen Versicherten unabhängig von der Kassenzugehörigkeit eine in der Qualität gesicherte Versorgung zukommen zu lassen. Die obligatorische Vertragspartnerschaft und der Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen für die vertragsärztliche Versorgung sind dafür unverzichtbar, Einkaufsmodelle der Kostenträger sind abzulehnen.

Leitsatz 25

Der Sicherstellungsauftrag nicht durch Sektionierung und Einschränkung des Kollektivvertragssystems geschwächter Kassenärztlicher Vereinigungen für die vertragsärztliche Versorgung ist unverzichtbar, wenn die Verantwortung der Vertragsärzte für eine ordnungsgemäße, in ihrer Qualität gesicherte ärztliche Versorgung der Versicherten unabhängig von ihrer Krankenkassenzugehörigkeit gewährleistet bleiben soll.

Peter Winkler aus Nordrhein zum Beispiel hatte in einem eigenen Antrag zur Ablehnung der Vorstandsvorlage aufgefordert und eine alternative Lösung vorgeschlagen, die auch zur Beseitigung der „üblen Machenschaften“ einiger weniger führen würde, ohne jedoch

die gesamte Ärzteschaft „abzustrafen“.

Mit einigen Modifikationen, vor allem der Umwandlung der geplanten Richtgrößen in ein O-III-Budget, wurde der Vorstand schließlich beauftragt, das vorgelegte Konzept weiterzuentwickeln.