

Die KBV legte die Beweise vor: Kein neuer Kostenschub in der ambulanten ärztlichen Versorgung

Dr. Eckart Fiedler erläuterte bei einem Presseseminar die Abrechnungsergebnisse der RVO- und Ersatzkassen

Im ersten Halbjahr 1979 hat entgegen der Behauptung des Bundesarbeitsministers für den Bereich der ambulanten ärztlichen Versorgung kein neuer Kostenschub stattgefunden.

Bei den RVO-Krankenkassen weist das erste Quartal 1979 eine Ausgabensteigerung von 5,9 v. H. je Mitglied gegenüber dem Vorjahresquartal auf. Dieser Prozentsatz liegt genau im Trend des dritten und vierten Quartals 1978. Da auch im zweiten Quartal 1979 die kassenärztliche Gesamtvergütung mittels eines Kopfpauschales gezahlt wird, kann der Ausgabenanstieg für dieses Quartal in der Größenordnung des ersten Quartals erwartet werden.

Mit diesen unzweideutigen Auskünften widerlegte der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Eckart Fiedler, bei einem Presseseminar der KBV in Berlin eine ebenso alarmierende wie falsche Verlautbarung Ehrenbergs, wonach die Ausgaben der Krankenkassen neuerlich wieder in besorgniserregende Höhen gestiegen seien.

Während ein Überblick über die Abrechnungsergebnisse der RVO-Krankenkassen im zweiten Quartal 1979 für das ganze Bundesgebiet zum Zeitpunkt des Seminars noch nicht vorlag, stehen die Abrechnungsergebnisse fast aller Ersatzkassen für das erste und das zweite Quartal bereits fest: Danach sind im ersten *Halbjahr* 1979 die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung um 5,8 v. H. je Mitglied gestiegen.

Dr. Fiedler: „Andere in der Öffentlichkeit genannte Zahlen sind falsch. Dieses Ergebnis ist mehr als vertretbar; einer Ermahnung des Bundesarbeitsministers be-

darf die gemeinsame Selbstverwaltung nicht. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung fordert, daß zukünftig die Öffentlichkeit erst dann über Ausgabenentwicklungen für ambulante ärztliche Leistungen informiert wird, wenn die tatsächlichen Abrechnungsergebnisse vorliegen.“

Welcher Politiker gibt schon gern seine Fehler zu? Dr. Fiedler erwartet, in dieser Frage werde es zu der stillschweigenden Übereinkunft kommen, daß der Bundesarbeitsminister künftig keine „Schätzzahlen“ mehr in die Welt setzen wird.

Dr. Hans W. Muschallik:

Darum zwei Jahre Vorbereitungszeit

Den gemeinsamen Bemühungen der Selbstverwaltung von Krankenkassen und Ärzten ist es zuzuschreiben, daß die Finanzierbarkeit der qualitativ hochstehenden ambulanten ärztlichen Leistungen erhalten und die Beitragssatzstabilität unserer Krankenversicherung sichergestellt werden konnten. Die Frage der Erhaltung der Finanzierbarkeit einer modernen medizinischen Versorgung in den achtziger Jahren ist eng verknüpft u. a. mit der Arztzahlentwicklung und den Möglichkeiten der Leistungsanspruchnahme.

1978 betrug der Nettozugang an Kassenärzten im Bundesdurchschnitt 2,5 Prozent, im Landesteil Nordrhein mit fünf Universitäten sogar 3,6 Prozent.

Ende 1984 schon muß mit 12 000 bis 14 000 frisch approbierten Ärzten jährlich gerechnet werden. Da eine erhebliche Aufstockung an Krankenhausstellen wegen der ohnehin knappen Haushalt-Ressourcen nicht zu erwarten ist, kann angenommen werden, daß dann mindestens 5 000 bis 6 000 Ärzte jährlich neu keine Weiterbildungsstellen an Krankenhäusern mehr finden.

Ein Ergebnis einer solchen Entwicklung könnte sein, daß diese in praktischer Hinsicht unzureichend ausgebildeten Ärzte unmittelbar in die ambulante kassenärztliche Tätigkeit eintreten würden.

► Bis zur Auswirkung etwaiger Änderungen der Bundesärzteordnung und der Approbationsordnung, über die derzeit noch interministeriell beraten wird, sollte 1980 vordringlich die Zulassungsordnung entsprechend der Vorstellungen der Konzertierte Aktion geändert werden und vorübergehend eine zweijährige Vorbereitungszeit vor Zulassung als Kassenarzt vorsehen. (Siehe auch den Artikel „Zwei Jahre Vorbereitung auf die Kassenarzt-Praxis: notwendig und möglich!“ in Heft 41 vom 11. Oktober 1979.)

M

Kosten der ambulanten Versorgung



Presseseminar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in Berlin. Auf dem Bild links unter den teilnehmenden 21 Journalisten in der ersten Reihe (v. l.): Gerhard Knuth (Kieler Nachrichten), Klaus Heinemann (Rheinische Post), Dr. Heinz Epping (Neue Westfälische), Arnold Gehlen (Neue Ruhr-Zeitung); in der zweiten Reihe (v. l.): Justin Westhoff (Tagesspiegel), Eckhart Schibber (Sender Freies Berlin), Heinz Schmitz (Handelsblatt), Frau Waltraud Sax-Demuth (Westfalen-Blatt), Jürgen Forster (Süddeutsche Zeitung), Reinhard Biehl (Hannoversche Allgemeine) . . .

Kommentar eines Journalisten beim Seminar: Die Zahlen waren Ehrenberg möglicherweise sympathisch, aber halt falsch. . .

Zahl der Behandlungsfälle und der Behandlungstage je Fall nahezu konstant geblieben

In der Rückschau rechtfertigen die Abrechnungsergebnisse der Ersatzkassen auch die mit dem Verband der Angestelltenkrankenkassen zum 1. Januar 1979 vereinbarte lineare vierprozentige Erhöhung der Gebührenwerte, – eine Honorarvereinbarung, die damals auf heftige Kritik u. a. des Bundesarbeitsministers gestoßen, aber dennoch durch die konzertierte Aktion in die diesjährige Honorarempfehlung einbezogen worden war. Damit hatte sich die Kassenärztschaft in ihrer Rechtsauffassung, daß das „Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetz“ (KVKG) die Festsetzung einer Obergrenze für die Ausgabenentwicklung der Krankenkassen *nicht* zwingend vorschreibt, durchgesetzt. Die mit dem entsprechenden Vertragsabschluß erhaltene gebliebene Kostenbalance kann zweifelsfrei als ein Erfolg des gemeinsamen Bemühens der Selbstverwaltung von Ersatzkassen und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gewertet werden.

Auch eine andere in der Öffentlichkeit kolportierte Falschbehauptung, nämlich die Ärzte würden durch ein bewußt häufigeres, medizinisch nicht zu rechtfertigendes Einbestellen von Patienten unnötige Kosten verursachen, wurde von Dr. Fiedler vor der Presse im Berliner KBV-Seminar widerlegt:

„Im Jahre 1978 wiesen die Ausgaben für ambulante ärztliche Behandlung der RVO-Krankenkassen eine Steigerung von 4,6 v. H. je Mitglied gegenüber dem Vorjahr auf. Bei den Ersatzkassen betrug die entsprechende Zuwachsrate 3,3 v. H. je Mitglied. Dabei ist die Zahl der Behandlungsfälle je Arzt wie in den Vorjahren nahezu konstant geblieben; die Zahl der durchschnittlichen Behandlungstage je Behandlungsfall ist, wie stichprobenartig in einzelnen KV-Bereichen ermittelt wurde, weiter leicht gesunken!“

Hier noch einige weitere von Dr. Eckart Fiedler der Presse mitgeteilte Fakten, die den ärztlichen Leserkreis interessieren dürften:

Die Einführung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes zum 1. Juli 1978 – die praktisch die generelle Übernahme der bis dahin gültigen Ersatzkassengebührenordnung für alle Kassenarten bedeutete –

hat bei den RVO-Krankenkassen ein deutliches Absinken des Honoraranteils medizinisch-technischer Leistungen zugunsten der ärztlichen Grundleistungen am Gesamthonorarvolumen zur Folge gehabt. So ist der Anteil der Laborleistungen an den Gesamtzahlungen der Krankenkassen deutlich unter fünfzehn Prozent gefallen.

Der Punktwert für die RVO-Krankenkassen, der im Rahmen einer Kopfpauschalhonoraryung der kassenärztlichen Gesamtvergütung, welche für die Zeit vom 1. Juli 1978 bis 30. Juni 1979 angewandt wurde, derzeit noch ermittelt wird, pendelt sich bei neun D-Pfennig ein. Der Abstand zu den Ersatzkassen betrug im zweiten Quartal 1978 weniger als zehn Prozent (Der Punktwert ist die Grundlage der Honorierung für die einzelne ärztliche Leistung.)

Dr. Hans Wolf Muschallik, der Erste Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, unterstrich bei dem Presseseminar die vorgelegten Abrechnungsergebnisse, die zweifelsfrei zeigen, daß die Ärzteschaft und die Krankenkassen gemeinsam auf dem richtigen Wege sind, eine zweckmäßige, moderne und qualitativ hochwertige ambulante kassenärztliche Versorgung und ihre Finan-

... Wolfgang Plischke (Frankfurter Rundschau); im Hintergrund sind zu erkennen: Adalbert Kuhlwein (Norddeutscher Rundfunk) und Rolf Hülsmann (RIAS Berlin). Den interessierten Fragen der Presse stellten sich beim Presse-seminar im Haus der KBV in Berlin am 27./28. September von seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (Bild rechts, v. l. n. r.): Dr. Peter Krein, Dr. Gerhard Löwenstein, Dr. Hans Wolf Muschallik, Dr. Eckart Fiedler, Hanns Wirzbach, Dr. Rainer Hess, Dr. Jürgen Bösche
Fotos: Jochen Claus



zierbarkeit zu erhalten. Dr. Muschallik: „Die Kooperation der Selbstverwaltungen von Krankenkassen und Kassenärzten hat darüber hinaus in aufmerksamer Beobachtung der Ausgaben auch im *Arzneimittelbereich* für Maßnahmen gesorgt, welche einer unvertretbaren Entwicklung im Vertragszeitraum entgegenwirken. Dieses Beispiel mag die Verlässlichkeit der Selbstverwaltung und ihre Funktionsfähigkeit einmal mehr verdeutlichen.“

Ausgaben für Arzneimittel: Weitere Abschwächung im zweiten Halbjahr 1979?

Wie Dr. Eckart Fiedler im einzelnen vor der Presse ausführte, war im zweiten Quartal 1979 bei den Ausgaben für verordnete Arzneimittel ein deutlicher Rückgang gegenüber dem ersten Quartal zu verzeichnen:

„Während bei den Ortskrankenkassen im ersten Quartal 1979 noch eine Steigerung von 10,7 v. H. je Mitglied gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal feststellbar war, betrug der Steigerungsprozentsatz im zweiten Quartal 1979 6,1 v. H. je Mitglied. Bei den Ersatzkassen konnte ein Rückgang von 7,3 v. H. auf 5,9 v. H. je Mitglied festgestellt werden.“

Die Konzertierte Aktion hatte bekanntlich einen Arzneimittelhöchstbetrag für 1979 in Höhe von 5,7 v. H. je Mitglied gegenüber den entsprechenden Werten des Vorjahres empfohlen. Die Vertragspartner, Krankenkassen und Kassenärztliche Bundesvereinigung, einigten sich darüber hinaus, daß die im Krankenversicherungskostendämpfungsgesetz erwähnte „Geringfügigkeitsgrenze“ mit zehn Prozent anzusetzen ist, der Arzneimittelhöchstbetrag also erst bei 6,3 Prozent überschritten ist.

Der Ausgabenrückgang im zweiten Quartal 1979 und die sofortige Reaktion der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Sinne der Frühwarnung der Kassenärzte nach Bekanntwerden der Ausgabenentwicklung des ersten Halbjahres 1979 berechtigen zur Annahme, daß im zweiten Halbjahr 1979 eine weitere Ausgabenabschwächung in diesem Sektor erreicht wird.“

Realistische Erwartung: Beitragsatzstabilität läßt sich aufrechterhalten!

► Insgesamt ist also – betrachtet man die tatsächlichen Daten der Ausgabenentwicklung in allen Leistungsbereichen der gesetzlichen Krankenversicherung im ersten

Halbjahr 1979 – die im Frühjahr ausgesprochene Erwartung der Konzertierten Aktion, auch im Jahre 1979 die Beitragsatzstabilität aufrechtzuerhalten (von einzelnen Sonderfällen abgesehen), durchaus realistisch.

► Um dieses Ziel aber auch in den kommenden Jahren zu erreichen – darauf wiesen Dr. Muschallik und Dr. Fiedler die Repräsentanten der Presse eindringlich hin –, bedarf es der entschiedenen Mithilfe der Politiker, insbesondere im Hinblick auf die Erhaltung der Qualität der ambulanten kassenärztlichen Versorgung! Dieser Frage, hier nur knapp mit den Stichworten „Zwei Jahre Vorbereitung auf die Kassenarzt-Praxis“ angedeutet, war bereits in Heft 41 des DEUTSCHEN ÄRZTEBLATTES ein auf den Darlegungen beim KBV-Presseseminar basierender Artikel gewidmet (Seite 2627).

Ein interessantes Detail der Kostenentwicklung wurde im Presse-seminar bei der Erörterung der Arzneimittelausgaben angesprochen. Könnte eine Verordnung *größerer* Arzneimittelpackungen zur Kostensteigerung auf dem Arzneimittelsektor beigetragen haben? Eine Frage, die angesichts einer vom Gesetzgeber festgelegten Zuzahlungsgebühr *pro verordnetem Mittel* nicht von der Hand zu

Kosten der ambulanten Versorgung

weisen ist: Ehrenberg selbst habe ja, wie sich die Journalisten erinnern, in einem weitverbreiteten Interview den Rentnern geraten, größere Packungen zu verlangen (damit sie nicht so oft 1,- DM Verordnungsgebühr für kleinere Pakungen zahlen müssen).

▷ Die Repräsentanten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung konnten bei dieser Gelegenheit auf ihre intensiven Bemühungen verweisen, zumindest mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie und mit den in ihm vertretenen Pharma-Firmen zu einem Übereinkommen in der notwendigen Standardisierung ver-

ordnungsgerechter Packungsgrößen zu gelangen. Allerdings ist innerhalb des Pharma-Verbandes selbst noch keine Übereinstimmung der Firmen-Intentionen zu erzielen gewesen.

Vom Gesetzgeber mehrgleisig angelegt: Wege zur Markttransparenz

Dr. Rainer Hess, Justitiar der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, gab in diesem Zusammenhang einen Überblick über die verschiedenen Bemühungen um die sogenannte „Transparenz des Arzneimittelmarkts“. Knapp zusammengefaßt, – die Lage ist wie folgt:

Die *Transparenzliste* des Bundesgesundheitsamtes ist erst in einem Teilabschnitt realisiert (*Herzglykose*); ein weiterer Teilabschnitt (*Herzrhythmusstörungen*) wird demnächst veröffentlicht werden.

Die den Transparenzlisten vorangestellten sehr umfangreichen Erläuterungstexte lassen befürchten, daß diese Transparenzlisten in ihrer endgültigen Form einen erheblichen Umfang einnehmen werden und damit für den verordnenden Arzt als Schnellinformationsmittel praktisch ausscheiden. Ihr besonderer Wert als ein Mittel der *Fortbildung* bleibt dadurch aber unberührt.

Die *Preisvergleichsliste* ist bisher auf *Monopräparate* beschränkt. Sie wird in diesem Bereich systematisch ausgebaut und erscheint jetzt in der zweiten Auflage. Die beabsichtigte Einbeziehung von Kombinationspräparaten stößt auf Schwierigkeiten, da es nicht möglich ist, ohne die Übersichtlichkeit der Liste zu sprengen, alle auf dem Markt befindlichen Kombinationspräparate in diese Liste aufzunehmen; es müssen daher brauchbare Abgrenzungskriterien gefunden werden.

Darüber hinaus wird geprüft, ob nicht auch in die Preisvergleichsliste die in der Transparenzliste enthaltenen Qualitätsnormen übernommen oder ob eigene Qualitätskriterien entwickelt werden können.

Die „Negativliste“ konnte sich bisher nicht realisieren lassen

Die vom „Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen“ nach § 368 p Abs. 8 RVO zu verabschiedende „*Negativliste*“ konnte bisher nicht realisiert werden, da die hierfür gesetzlich vorgegebenen Auswahlkriterien („geringfügige Gesundheitsstörungen“) sich bisher nicht in einer brauchbaren und rechtlich einwandfreien Form haben konkretisieren lassen. F/H/DÄ

