

Redaktion:
Haedenkampstraße 5
Postfach 41 02 47, 5000 Köln 41
Telefon: (02 21) 40 04-1
Fernschreiber: 8 882 308 daeb d

Verlag und Anzeigenabteilung:
Dieselstraße 2, Postfach 40 04 40
5000 Köln 40 (Lövenich)
Telefon: (0 22 34) 70 11-1
Fernschreiber: 8 89 168 daev d

DEUTSCHES ÄRZTEBLATT

Ärztliche Mitteilungen

Herausgeber: Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung

Ortskrankenkassen: Ja zur Bundesempfehlung

Auch landwirtschaftliche Krankenkassen und Bundesknappschaft stimmen der Empfehlungsvereinbarung mit der KBV zu

Enttäuschung über das Ausscheren der Bundesverbände der Betriebs- und Innungskrankenkassen

Dr. Eckart Fiedler

Nach den Ersatzkassen haben nunmehr – wie bereits kurz berichtet – auch die Bundesverbände der Orts- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft der kostenneutralen Honorarumschichtung vom Labor auf die eingehende Untersuchung zugestimmt. Parallel dazu werden die Ende 1982 ausgelaufenen Honorarverträge ohne Punktwerthöhung für das 1. Halbjahr 1983 verlängert. Dieses Stabilitätsoffer der Kassenärzte war den Betriebs- und Innungskrankenkassen zu wenig. Sie verweigerten einer Bundesempfehlung ihre Zustimmung und fordern ein zusätzliches „Laboropfer“.

Zweimal trennten sich nach langer, zäher Verhandlung die Vertragspartner – die Kassenärztliche Bundesvereinigung einerseits und die Bundesverbände der Orts-, Betriebs-, Innungs-, landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft andererseits – mit der Hoffnung, es geschafft zu haben: Das leidige Laborthema sollte durch eine bis zu 30prozentige Senkung der sogenannten 22 rationalisierungsfähigen Laborleistungen bei gleichzeitiger Einführung einer Zuschlagsregelung zur eingehenden Untersuchung endlich vom Tisch. Doch zweimal trog die Hoffnung. Aus dem in vielen Gesprächen mit allen Kassenverbänden vorbereiteten Verhandlungskompromiß scherten letztlich die Betriebs- und Innungskrankenkassen einfach aus. Damit kommt zwar eine von *allen* Verbänden auf Bundesebene getragene Empfehlung an die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder sowie an die Landesverbände der Krankenkassen für die Gestaltung der Honorarverträge im 1. Halbjahr 1983 und damit im engen Zusammenhang stehend für eine kostenneutrale Umschichtung vom Labor zur eingehenden Untersuchung nicht zustande.

Dennoch – umsonst waren die Verhandlungen nicht. Nach den Ersatzkassen erwiesen sich auch die Orts- und landwirtschaftlichen Krankenkassen sowie die Bundesknappschaft als stabile Vertragspartner, die zu der ausgehandelten Empfehlungsvereinbarung standen. Somit ist jetzt für 85 Prozent der Sozialversicherten eine einvernehmliche Regelung gefunden worden. Der Wille zur Kooperation und damit der Weg der Vernunft haben für diese Bundesverbände Vorrang vor dem Ziel einer Durchsetzung übertriebener, angesichts des erfolgreichen Bemühens der Kassenärzte um eine wirtschaftliche ambulante kassenärztliche Versorgung überhaupt nicht gerechtfertigter Forderungen.

Ja zur Bundesempfehlung

Warum die Verhandlungsführer der Betriebs- und Innungskrankenkassen den von ihnen akzeptierten Kompromiß für die Bundesempfehlung in ihren eigenen Reihen nicht durchsetzen konnten, soll dahingestellt bleiben. Für die Kassenärzteschaft jedenfalls ist die Entscheidung der Vorstände dieser beiden Verbände ernüchternd, ja enttäuschend, wird doch dadurch nicht nur ihr äußerst kostenbewußtes Verhalten in den letzten Jahren ignoriert, sondern auch das neuerliche erhebliche Stabilitätsoffer brüsk als zu gering zurückgewiesen.

Dabei ist es der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mehr als schwer gefallen, einem erneuten Honorarverzicht für das 1. Halbjahr 1983 zuzustimmen. Das müßte auch den Betriebs- und Innungskrankenkassen einleuchten: Der Grundsatz „so viel ambulant wie möglich“ ist nur zu verwirklichen, wenn die Leistungen der ambulant tätigen Ärzte – selbstverständlich unter Wahrung der gebotenen Wirtschaftlichkeit – angemessen honoriert werden. Die Entwicklung der Gesamtvergütung für ambulante kassenärztliche Versorgung ist aber – gemessen an den Gesamtausgaben der Krankenversicherung – in den letzten Jahren deutlich rückläufig, während der Anteil der Ausgaben für die Krankenhausbehandlung inzwischen auf über 30 Prozent gestiegen ist.

Arztpraxen nicht kaputtsparen

Wenn die Krankenkassen – auch die Betriebs- und Innungskrankenkassen – in diesem kostenträchtigsten Bereich der medizinischen Versorgung entlastet werden wollen, dann kann und darf man den Kassenärzten nicht ständig mit neuen Forderungen nach Umsatzminderung drohen. Wie der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Hans Wolf Muschallik, noch vor der Vertreterversammlung im De-

zember 1982 betonte, gilt das Wort, man könne eine Wirtschaft kaputtsparen, gleichsinnig auch für die freiberuflich niedergelassene Kassenärzteschaft. Wenn man die Qualität der ambulanten Versorgung nicht praktisch verschlechtern will, dann müßte der seit nunmehr zwei Jahren andauernde Honorarstop endlich ein Ende haben, statt gar von Kürzungen zu reden.

Tatsächlich ist im letzten Jahr die Entwicklung für die Kassenärzteschaft besorgniserregend geworden. So lagen die Zuwachsraten der Gesamtzahlungen, beispielsweise der Innungskrankenkassen an die Kassenärzte, lediglich bei 0,9 v. H. und die der Betriebskrankenkassen bei 2,1 v. H. Für den Bereich der stationären Versorgung schlugen dagegen Zuwachsraten von 8,8 bzw. 8,1 v. H. massiv zu Buche. Angesichts einer ständig steigenden Kassenarztzahl und einer Teuerungsrate von 5,3 v. H. in 1982 bedeutet der schmale Zuwachs für den ambulanten Bereich eine erhebliche Einbuße für den einzelnen Kassenarzt.

Heute läßt sich feststellen, daß der Durchschnittsumsatz je Arztpraxis im letzten Jahr nicht höher als in 1981 lag. Da aber die Praxiskosten weiter gestiegen sind – schon 1981 mußten im Durchschnitt 136 000 DM aufgewendet werden –, kann sogar derjenige, der keinen Taschenrechner zur Hand hat, leicht ausrechnen, daß der Kassenarzt unter dem Strich rote Zahlen schreibt. Manche Politiker, die diese Zahlen und Fakten kennen, behaupten dennoch, die Kassenärzte seien bei den Bemühungen um eine Kostendämpfung ungeschoren geblieben. Dies kann nur – wenn man auf Brecht nicht zurückgreifen will – als blanker Zynismus betrachtet werden. Jedenfalls lag das Durchschnittseinkommen aus kassenärztlicher Tätigkeit im letzten Jahr um mehr als 6500 DM niedriger als in 1981.

Die schwieriger werdende wirtschaftliche Lage der Kassenärzte

ist entscheidend durch die Entwicklung der Praxiskosten beeinflusst. Dies zeigen nicht nur kontinuierliche Untersuchungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung, sondern auch die im Dezember 1981 veröffentlichte Kostenstrukturanalyse des Statistischen Bundesamtes. Danach sind in den Jahren 1970 bis 1979 die Betriebsausgaben mit einer Steigerung von 34 Prozent doppelt so schnell gewachsen wie die Umsätze, die sich in diesen Jahren um lediglich 17 Prozent erhöht haben. Von daher sind alle Anstrengungen zu unternehmen – beispielsweise auch durch Rationalisierungsmaßnahmen im Labor –, die Kosten insgesamt zu drücken, um die Investitionskraft der Praxis zu erhalten. Allein so kann in den Arztpraxen die Voraussetzung für eine erfolgreiche Weiterführung der Strategie einer intensivierten ambulanten kassenärztlichen Versorgung sichergestellt bleiben.

Rationalisierung stärkt die kassenärztliche Versorgung

Wenn also im Sinne der Blümchen Forderung nach einer „Anspruchspause“, welche der Hartmannbund in seiner Hauptversammlung im Oktober 1982 voll bejaht hat, und aus Gründen der allgemein geforderten Solidarität zur Bewältigung der gesamtwirtschaftlichen Krise auf eine Anhebung der Honorare im 1. Halbjahr 1983 zu verzichten war, so mußte wenigstens versucht werden, die Bewertung von Laborleistungen sowie die Umschichtung des aus dem Labor freigesetzten Honorarvolumens einvernehmlich zu lösen. Für die Kassenärzteschaft verband sich damit die Frage, inwieweit die Krankenkassen bereit sind, anzuerkennen, daß Rationalisierungsvorteile aus gutem Grund auch den Kassenpraxen zugute kommen müssen. Wie anders könnten sonst der Trend und die Auswirkungen der überproportionalen Praxiskostensteigerung gemildert werden?

Ja zur Bundesempfehlung

Daß es sich dabei nicht um ein *einseitiges* Geschäft handelt, beweist die Entwicklung der letzten Jahre: Der Anteil des Laborhonorars an den Gesamtzahlungen der Krankenkassen für ambulante ärztliche Leistungen ist von über 17 Prozent Mitte der 70er Jahre auf 13 Prozent in 1981 gesunken. Ursache für diesen deutlichen Rückgang ist die pauschalierte Zahlung für Laborleistungen durch die RVO-Kassen in nahezu allen KV-Bereichen. Damit läuft jede Mengenausweitung im Labor zu Lasten der Kassenärzteschaft und nicht der Versichertengemeinschaft! Die Zunahme der Zahl der Laborleistungen belastet also nicht die Krankenkasse, sondern führt zu einer Minderung der Auszahlungsquote an den Arzt, und dies bei steigenden Personal- und Materialkosten.

Natürlich hat der Zusammenschluß der Kassenärzte in Laborgemeinschaften mit der Folge der Erbringung von Laborleistungen in größerer Serie die Gesteungskosten sinken lassen.

Dennoch haben diese Rationalisierungsanstrengungen den Trend der insgesamt überproportional steigenden Praxiskosten nicht stoppen können. Von daher müssen auch die Krankenkassen einsehen, daß Rationalisierungsvorteile für die Kassenärzte geradezu unabdingbar sind. Ein Wirtschaften aus geminderter Substanz wäre jedenfalls nicht lange durchzuhalten. Eine leistungsfähige ambulante kassenärztliche Versorgung der Sozialversicherten kann nur bei entsprechender personeller und materieller Ausstattung der Arztpraxen gewährleistet bleiben.

Kostenneutrale Laborumschichtung

Wenn also den Krankenkassen an einer Fortsetzung der Strategie des „so viel ambulant wie möglich“ gelegen war, konnte der Kompromiß nur heißen: Kosten-

Investitionskraft erhalten!

Aus der Präambel
zur „Bundesempfehlung“

„Die Partner dieser Empfehlung stellen mit Befriedigung fest, daß ihr Konzept zur Stärkung der ambulanten kassenärztlichen Versorgung greift und eine deutliche Kostendämpfung im allgemeinen eingetreten ist. Allein der Ausgabenzuwachs für die stationäre Versorgung bleibt besorgniserregend. Daher bekräftigen die Partner ihre an die Kassenärzte gerichtete Empfehlung, alle Möglichkeiten der ambulanten Diagnostik und Therapie vor Einweisung eines Patienten ins Krankenhaus auszuschöpfen. Sie anerkennen die Notwendigkeit, die Investitionskraft der Arztpraxen zu erhalten.“

neutrale Umschichtung des aus dem Labor freigesetzten Honorarvolumens auf eine spezifisch ärztliche Leistung, allerdings bei weiterem Festhalten der Höhe der Laborpauschalen.

In diesem Sinne wird in der Vereinbarung auf Bundesebene den Partnern der Gesamtverträge in Analogie zu der in Münster von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschlossenen Regelung empfohlen, auf vertraglicher Basis die 22 sogenannten rationalisierungsfähigen Laborleistungen bis zu 30 Prozent abzusetzen und das so freigesetzte Honorarvolumen voll auf die Zuschlagsregelung zur eingehenden Untersuchung umzuschichten (s. DEUTSCHES ARZTEBLATT, Heft 50 vom 17. Dezember 1982).

Während der Laufzeit der Erprobung dieses Modells, und zwar für acht Abrechnungsquartale, bleibt das Fallpauschale Labor in der Höhe unverändert.

Durch diese Empfehlung ist es gelungen, auch mit den Ortskrankenkassen, den landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Bundesknappschaft die Laborfrage vorerst vom Tisch zu bringen. Dabei wird nicht verkannt, daß längst nicht alle Blütenräume gereift sind. Im Gegenteil – für einzelne Arztgruppen sind mit dieser Umschichtung erhebliche Gewinneinbußen verknüpft. So stellt sich für diejenigen der 18 000 Kassenärzte, die auch heute noch ein eigenes Praxislabor betreiben, die Frage, ob bei einer etwa nicht mehr kostendeckenden Vergütung der Routinelaborleistungen das Einzellabor aufgegeben werden muß; andernfalls müßten ungedeckte Gesteungskosten aus dem Honorar der übrigen ärztlichen Leistungen beglichen werden. Eine praxisinterne Subventionierung der spezifisch ärztlichen Leistungen aus dem Laborhonorar ist jedenfalls nicht mehr möglich. Konsequenterweise wurde deshalb auch das magere Honorar für eine eingehende, zeitlich aufwendige Untersuchung aufgebessert. Dies ist ein Kompromiß.

Angesichts der äußerst verschiedenartigen Interessenspositionen mußte aber ein Kompromiß eingegangen werden, der zugleich Zeit gibt, um neue Entwicklungen in der Labortechnik, speziell in Richtung Trockenchemie, in Ruhe abwarten zu können.

Die Ortskrankenkassen stellen in einer Pressemeldung zutreffend fest, daß mit dieser Vereinbarung die Vertragspartner ihre gemeinsamen Bemühungen um eine intensivere ärztliche Betreuung der Versicherten fortsetzen und damit vor allem die Position der als Hausärzte Tätigen, also der Allgemeinärzte, der Internisten und der Kinderärzte, stärken. Die Ärzte geben – so konstatieren die Ortskrankenkassen – mit dieser Vereinbarung ihre Rationalisierungsgewinne aus dem Labor in Form verstärkter persönlicher Leistungen an die Versicherten der beteiligten Krankenkassen weiter.

Ja zur Bundesempfehlung

Überzogene Forderung der Betriebs- und Innungskrankenkassen

Warum findet diese realistische Einschätzung der Bundesempfehlung durch die Ortskrankenkassen und weitere Vertragspartner keine Anerkennung bei den Betriebs- und Innungskrankenkassen? Haben dort die schrillen Töne geschreckt, mit welchen die SPD den Honorarvertrag mit den Ersatzkassen kritisierte und gleichzeitig die RVO-Kassen vor einer „Nachahmung“ warnte?

Hätte sich die SPD in den Beratungen des Haushaltsbegleitgesetzes 1983 durchgesetzt, so wären alle Sparmaßnahmen, soweit sie die gesetzliche Krankenversicherung betreffen, auf dem Buckel der Kassenärzteschaft abgeladen worden.

Der sattsam bekannte Verschiebepunkt sollte eingeleitet in eine fünfprozentige Kürzung der kassenärztlichen, aber auch kassenzahnärztlichen Gesamtvergütungen münden. Real hätte dies eine Minderung des Einkommens des einzelnen Kassenarztes um mindestens 15 Prozent zur Folge gehabt.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung hat entschlossen reagiert und einmütig das Begehren der SPD als Mißachtung und Entwertung des langjährigen erfolgreichen Bemühens der Kassenärzte um Kostendämpfung und Beitragsstabilität in der gesetzlichen Krankenversicherung zurückgewiesen. Der zugestandenen Verlängerung der Honorarpause um ein weiteres halbes Jahr spottete der SPD-Antrag hohn. Seine Verwirklichung hätte – so die Vertreterversammlung – jeden weiteren Willen zur Kostendämpfung im Keim erstickt.

Gilt letzteres aber nicht auch für den Anspruch der Betriebs- und Innungskrankenkassen – über den ihnen schon zugute kommenden Vorteil der Pauschalierung hinausgehend – auf „Rückgabe des

Rationalisierungsgewinnes“ im Labor?

Der Wille zur Kostendämpfung und die Einsicht in die Notwendigkeit einer intensiveren ambulanten kassenärztlichen Versorgung im Sinne der gemeinsamen Strategie des „so viel ambulant wie möglich“ finden jedenfalls bei der Kassenärzteschaft dort ihre Grenzen, wo überzogene, sich einseitig gegen die niedergelassenen Kassenärzte richtende Forderungen diese wirtschaftlich unverträglich drangsalieren und die Qualität der ambulanten kassenärztlichen Versorgung gefährden, während sich andere Kostenbereiche im Gesamtbudget der Krankenkassen nahezu hemmungslos ausdehnen.

Kooperation statt Konfrontation

Ist es von daher nicht sinnvoller, weil erfolversprechender, das Ziel der Erhaltung der Kostenbalance insgesamt gemeinsam mit den niedergelassenen Kassenärzten anzustreben? Die Kassenärzteschaft ist jedenfalls zur Mitwirkung, zur Zusammenarbeit bereit, zumal das teilweise Scheitern einer Bundesempfehlung kein Beinbruch sein muß. Entschieden wird vielmehr vor Ort: Die Landesverbände der Betriebs- und Innungskrankenkassen tragen nunmehr die Verantwortung.

Werden schiedsamtliche Auseinandersetzungen und damit eine für alle Beteiligten unergiebig Konfrontation das Bild der Zukunft prägen? Oder läßt sich der bisherige Weg eines vertrauensvollen Zusammenwirkens in allen die medizinische Versorgung unserer sozialversicherten Bevölkerung betreffenden Fragen fortsetzen? Hoffen wir auf Einsicht und damit auf Fortführung unseres bisherigen alles in allem erfolgreichen Weges der Kooperation.

Haedenkampstraße 3
5000 Köln 41

NACHRICHTEN

Vereinbarung mit dem Verteidigungsministerium wird überarbeitet

Die zwischen dem Hartmannbund, NAV, Marburger Bund und der Bundesärztekammer sowie dem Bundesverteidigungsministerium 1977 getroffene Vereinbarung hinsichtlich der ärztlichen Versorgung der Soldaten der Bundeswehr sowie sonstiger ärztlicher Untersuchungen und Behandlungen muß nach Inkrafttreten der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) vom 12. November 1982 in verschiedenen Bereichen überarbeitet werden.

► Erste Gespräche haben zu einer vorläufigen Regelung geführt, nach welcher bei den Leistungen, die ab 1. Januar 1983 nach der neuen GOÄ abzurechnen sind, zunächst einmal die *einfachen Sätze* des Gebührenverzeichnisses der Abrechnung zugrunde gelegt werden.

► Es ist vorgesehen, die sich dann noch aus der Vereinbarung ergebenden *zusätzlichen Honorare später* zu vergüten. Deshalb wird die Bundeswehr Kostenübernahmeerklärungen mit einem entsprechenden Aufkleber versehen.

Diese Abrechnungsweise gilt für den Bereich der stationären Behandlung für Soldaten (von der Besoldungsgruppe A 8 an und höher) mit der Wahlleistung „gesondert berechenbare ärztliche Leistungen“.

Sie findet auch Anwendung auf sonstige ambulante ärztliche Untersuchungen und Behandlungen, wie Tauglichkeitsuntersuchungen, Untersuchungen auf Tropenverwendungsfähigkeit und fachärztliche Untersuchungen im Rahmen der betriebsärztlichen Versorgung. Sie gilt ferner für die Abrechnung von Heilbehandlungen von Soldaten fremder Staaten und deren Familienangehörigen, soweit die Bundeswehr vertraglich zur Kostenübernahme verpflichtet ist.