

Die erweiterte Bedarfsplanung reicht den gesetzlichen Krankenkassen nicht. Sie verlangen Handhaben, um die Zulassung von Kassenärzten zu begrenzen. Das ist eine der „Gemeinsamen Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen“, die die Bundesverbände der RVO- und der Ersatzkassen dem Bundesarbeitsminister und der Presse in Bonn präsentierten.

**G**emeinsam haben die Kassen ihre Forderungen zur Strukturreform im Gesundheitswesen beim Bundesarbeitsminister abgeliefert. Die Vorstände der RVO- und Ersatzkassenverbände müssen selbst erstaunt gewesen sein, einen gemeinsamen Nenner gefunden zu haben. Der derzeitige Sprecher der Kassen, die in einer losen Arbeitsgemeinschaft zusammenarbeiten, Karl Stumpf von den Landwirtschaftlichen Krankenkassen, sprach immerhin von einem historischen Datum in der hundertjährigen Geschichte der deutschen sozialen Krankenversicherung. Die Kassen stellten freilich weder Extremforderungen, noch hingen sie Blümenträumen nach, dämpfte Stumpf vorsorglich hochgesteckte Hoffnungen.

Tatsächlich wollen die Kassen im Grunde überhaupt keine Strukturreform. Ihnen behagt das System, und sie nutzen lediglich die Gelegenheit, einige alte Wünsche wieder einmal vorzubringen. Das sind zum Beispiel:

- die wenigen noch verbliebenen Unterschiede im Mitgliedschafts- und im Leistungsrecht sollen, wenn möglich und soweit die Ersatzkassen mitspielen, ausgeglichen werden;

- die Verhandlungsmacht der Kassen gegenüber den Leistungs-„anbietern“ soll ausgeweitet werden;

- die Kontrollinstrumente der Kassen (und der „gemeinsamen Selbstverwaltung“ von Kassen und Leistungsanbietern) sollen perfektioniert werden.

Weitergehende Eingriffe in die gewachsenen Strukturen der Krankenversicherung begegnen dem hinhaltenden Widerstand der Krankenversicherung (das gilt etwa für die Selbstbeteiligung) oder sie werden

## **Kassen wollen das „Überangebot“ eindämmen**

### **Vorschläge für die Strukturreform im Gesundheitswesen**

glatt abgelehnt. Das gilt vor allem für den Blüentraum der Gesundheitsökonomien, den marktwirtschaftlichen Wettbewerb. In den „gemeinsamen Forderungen“ heißt es klipp und klar: „In der weit stärker gesetzlich gebundenen sozialen Krankenversicherung sind wettbewerbliche Elemente nur begrenzt zu verwirklichen. Sie sind nur insoweit möglich, als sie einem grundsätzlich gleichen Rahmen entsprechen und die soziale Funktion der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gefährden. Das bestehende System von Mitgliedschaftszuweisungen und Wahlfreiheiten darf nicht durch eine generelle Wahlfreiheit ersetzt werden. Generelle Wahlfreiheit würde zu einer Konzentration der sozialen Krankenversicherung führen und das bewährte Gefüge der gegliederten Krankenversicherung zerstören.“

Der Selbstbeteiligung und der Leistungseinschränkung können die Kassen nicht viel abgewinnen. In Sachen Selbstbeteiligung beschränken sie sich auf die Floskel, Selbstbeteiligung sei nur dann vertretbar, wenn sie steuernd wirke, sozial verträglich

und gesundheitspolitisch unbedenklich sei und die Beitragszahler entlaste. Ähnlich steht es schon im Zehn-Punkte-Katalog des Bundesarbeitsministers, und ähnlich haben sich soeben noch die Sozialausschüsse in einem Positionspapier geäußert.

Zum Leistungsspektrum: Die Kassenverbände fordern allgemein, versicherungsfremde Leistungen müsse der Staat übernehmen. Ansonsten wollen die Krankenkassen das Leistungsspektrum, das sie derzeit bieten, offenbar beibehalten. Hart lehnen sie Vorschläge, den Leistungsrahmen in Grund- und zusätzliche Leistungen zu splitten, ab. Andererseits wollen die Kassen keine grundlegend neuen Leistungen zugeschoben bekommen: eine Absicherung des Pflegefallrisikos innerhalb der Krankenversicherung weisen sie zurück; das sei eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe. Erneut haben die Kassenverbände, allen voran Dr. Detlef Balzer vom AOK-Verband, das Glaubensbekenntnis abgelegt, das gegebene Leistungsspektrum sei mit den gegebenen Beitragssätzen zu finanzieren. Balzer: „Wir sind in der historischen neuen Situation: die medizinische Versorgung reicht.“

Um die Beitragsätze stabil zu halten (Balzer: „Unsere Grundvoraussetzung“), genügt es nach Meinung der Krankenversicherung offenbar, das „Überangebot“ zu begrenzen, jedenfalls gibt es dazu die konkretesten Vorschläge.

- Die Kassenverbände fordern wirksame Befugnisse, „nicht benötigte Leistungsangebote ausgrenzen zu können“. Sprich: sie wollen gesetzliche Handhaben, um den Kreis der Ärzte und der Krankenhäuser zu begrenzen; auch ihre Forderung nach direkten Verhandlungen mit den Pharmaherstellern und nach Auswahl unter den Heil- und Hilfsmitteln, geht in dieselbe Richtung.

Die „gemeinsame Selbstverwaltung“ von Ärzten und Kassen soll das Recht erhalten, rechtsverbindliche regionale Bedarfszahlen für die ärztliche Versorgung festzulegen, fordern die Krankenkassen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen stünden, so hieß es in Bonn am Rande, einer solchen Forderung aufgeschlossen gegenüber. Die soeben erst Gesetz gewordene erweiterte Bedarfsplanung, die „nur“ eine gleichmäßige Verteilung der Ärzte zum Ziel hat, reicht nach Auffassung der Krankenkassen nicht aus. „Wir wollen“, präzisiert der Vorsitzende des Verbandes der Angestelltenkrankenkassen, Karl Kaula, „die Zahl der Zulassungen der Ärzte begrenzen können.“ Dieselbe Forderung haben unlängst auch die Sozialausschüsse erhoben. Darüber hinaus setzen sich die Kassen für eine dreijährige Mindestweiterbildung jener Ärzte, die sich als Kassenärzte niederlassen wollen, ein.

Schließlich plädieren die Krankenkassen einmal mehr für „Transparenz“; Leistungen sollen „Arzt wie versichertenbezogen“ erfaßt werden. Dabei sollen nicht nur jene Leistungen, die der Arzt selbst abrechnet, auf die Versicherten zusammengeführt werden, sondern auch die veranlaßten Leistungen. Dazu bedürfe es eines „umfassenden Datenträgeraustausches“. Die Kassen erhoffen sich davon Handhaben für eine bessere Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Erstaunlicherweise haben sich sämtliche Kassenverbände dafür ausgesprochen, „Privilegien“ der Ersatzkassen auch auf die RVO-Kassen auszudehnen. Denn das steckt hinter der Devise „Chancengleichheit“ und Forderungen zu

- gleiche Möglichkeiten zur Gewährung von gesetzlichem Krankengeld für alle Kassenarten

- gleiche Möglichkeiten für die Kostenerstattung innerhalb der sozialen Krankenversicherung. Außerdem wünschen die Kassenverbände

- das Recht der Beitragsverrechnung nach Beitragsklassen bei freiwilligen Mitgliedern für alle Kassenarten.

Solche Forderungen sind mit dem von den Kassen ansonsten

## EBM-Reform Zeitplan der KBV

<b>13. März 1987</b>	Beschlußfassung über den neuen Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) durch den Bewertungsausschuß gemäß § 368 i Abs. 8 RVO Anschließend Veröffentlichung des EBM im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT.
<b>Bis 1. Mai</b>	Vereinbarungen mit den Krankenkassenverbänden über die Umsetzung des EBM in die Vertragsgebührenordnungen BMA und E-GO.
<b>Bis Ende Mai</b>	Veröffentlichung der vertraglichen Zusätze im DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT.
<b>Mai</b>	Schulung der Lehrgangleiter für die Einführung der Kassen- und Vertragsärzte in die neuen Abrechnungsbestimmungen durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Gleichzeitig Erarbeitung von Synopsen für einzelne Teilgebiete und anderem Informationsmaterial.
<b>Anfang Juli</b>	Versand der neuen Vertragsgebührenordnungen für RVO- und Ersatzkassen an die Kassen- und Vertragsärzte.
<b>September</b>	Informationskurse auf Bezirks- und Kreisebene der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen für <i>alle</i> Kassen- und Vertragsärzte über die Anwendung der neuen Gebührenordnungen. Diese Informationskurse der Kassenärztlichen Vereinigungen sind <i>kostenlos</i> .
<b>1. Oktober</b>	Beginn der Abrechnung kassen- und vertragsärztlicher Leistungen nach den neuen Vertragsgebührenordnungen. KBV

hochgehaltenen Sachleistungsprinzip schwerlich in Einklang zu bringen; die gesetzlichen Krankenkassen stellen sie dennoch, um im internen Wettbewerb und im Wettbewerb mit der privaten Krankenversicherung besser bestehen zu können. Aus dem gleichen Grunde plädieren sie auch für Teilkosten-Tarife bei Beihilfeberechtigten – auch das an sich nicht mit dem Sachleistungsprinzip vereinbar. Der Verband der Privaten Krankenversicherungen hat solche Prinzipienverstöße gleich genüßlich aufgespießt – nicht uneigennützig, denn auch er möchte zusätzliche Konkurrenz möglichst vermeiden.

Was wird die Bundesregierung mit den „gemeinsamen Forderungen“ machen? Minister Norbert Blüm versicherte den Kassen, bei der Strukturreform gehe es nicht um

einen Einschnitt in die wichtigen Versorgungsbereiche, sondern um eine Konzentration auf das medizinisch Notwendige, damit der medizinische Fortschritt für alle erreichbar aber auch bezahlbar bleibe – auch das eine schon häufiger gehörte Floskel. Verständlich. Blüms Partei und die Koalition sind uneins. Da sind die Sozialausschüsse (siehe oben), da ist die Mittelstandsvereinigung, deren Vorsitzender Gerhard Zeitel gerade wieder den Wettbewerb im Gesundheitswesen beschwört. Solches steht auch in den Programmen der FDP. Die hat sich einstweilen zu den Kassenvorschlägen, die den FDP-Anliegen direkt zuwider laufen, vorsichtig geäußert. Dr. Irmgard Adam-Schwaetzer will mit den Verbänden deren Positionen demnächst ausführlich beraten. NJ