

Blick ins Ausland

## Pflege durch „Medicare“

Beide Häuser des amerikanischen Kongresses haben ein Gesetz verabschiedet, das die Gesundheitsversorgung der rund 32 Millionen Amerikaner über 65 Jahre, die von dem „Medicare“-System profitieren, erheblich verändert. Die Absicht ist, die Hilfe vor allem auf diejenigen Erkrankungen zu konzentrieren, die für den Betroffenen eine wirtschaftliche Katastrophe sein können. Das Gesetz sieht das Recht auf unbegrenzten Krankenhausaufenthalt vor. Allerdings steigt gleichzeitig die Selbstbeteiligung an den Krankenhauskosten erheblich: auf 564 Dollar pro Jahr.

● Dieses Prinzip – höhere Selbstbeteiligung für eine entscheidende Leistungsverbesserung – gilt durchgängig: In den nächsten Jahren steigt der Erstattungssatz für Medikamente von 50 Prozent in Zehnpromentschritten auf 80 Prozent – ebenso steigt die Selbstbeteiligung, die jetzt 600 Dollar im Jahr beträgt. Andere Dinge kommen dazu: Für 150 Tage im Jahr wird Medicare häusliche Pflege durch Fachkräfte bezahlen; für den Aufenthalt in einem „Hospice“ gibt es keine Begrenzungen mehr; und es soll dafür gesorgt werden, daß die Erkrankung eines Ehepartners nicht dazu führt, daß der andere Partner vollständig verarmt. Abgeschafft wurde die Bestimmung, daß häusliche Pflege nur dann gewährt wird, wenn ihr ein Krankenhausaufenthalt vorausging, und die häusliche Pflege gibt es nun täglich, nicht nur fünfmal pro Woche.

Eine solche Schwerpunktverlagerung von der Bagatellhilfe zur Katastrophenhilfe ist von Sozialpolitikern beider amerikanischen Parteien schon seit längerem diskutiert worden. Edward Kennedy war einer derjenigen, der dieses Konzept zuerst verfochte. Der jetzige Gesundheitsminister, Dr. Otis R. Bowen, ein ehemaliger Allgemeinarzt, hat entscheidend dazu beigetragen, daß es verwirklicht wird. Das mit großen Mehrheiten verabschiedete Gesetz tritt 1991 in Kraft. bt

## Ein einziger Topf für Grund- und Sonderleistungen

### Verhandlungen mit den Ersatzkassen aufgenommen

Ein Jahr nach der Einführung des reformierten Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) strebt der Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen einheitlichen Punktwert für ärztliche Grund- und Sonderleistungen auf dem Ersatzkassen-Sektor an. Der Laborbereich soll von dieser Regelung ausgenommen bleiben.

Der Beschluß des KBV-Vorstandes basiert auf der Honorarvereinbarung mit den Ersatzkassen, in der ausdrücklich festgelegt ist, daß nach Ablauf der ersten Abrechnungsquartale die vereinbarte Topfbildung zu überprüfen ist. Bekanntlich waren die Töpfe für Grundleistungen, Sonderleistungen und für den Laborbereich aufgestellt worden, um die Unwägbarkeiten einer derart umfassenden Gebührenordnungsreform so gering wie möglich zu halten. Denn zu Beginn der Erprobungsphase des reformierten EBM konnte niemand mit Gewißheit voraussagen, wie sich die Leistungsanforderungen in den einzelnen Bereichen entwickeln würden. Die Topfbildung hatte zum Ziel, die Gefährdung einer angemessenen Vergütung ärztlicher Grundleistungen durch eine Mengenexplosion im Sonderleistungsbereich zu verhindern. Umgekehrt galt das gleiche: Auch die Vergütung aufwendiger ärztlicher Sonderleistungen sollte nicht durch eine zu starke Ausdehnung der Grundleistungen in Gefahr geraten.

In der Zwischenzeit liegen aber die Punktwerte aus den ersten drei Abrechnungsquartalen mit den Ersatzkassen vor. Sie haben sich, wie bereits berichtet, erfreulicherweise stabilisiert und widerlegen die Befürchtung, daß es nach den ersten Er-

fahrungen mit dem neuen EBM zu einer Flucht in die Menge kommen könnte.

Auf der Basis der ersten beiden Quartale 1988 ermittelte die Kassenärztliche Bundesvereinigung nun bei den Angestellten-Ersatzkassen einen rechnerischen einheitlichen Punktwert für Grund- und Sonderleistungen von 10,8 Pfennigen. Dabei sind die Abweichungen gegenüber den Punktwerten aus der Topfbildung äußerst gering. Die Auswertung der ersten drei Abrechnungsquartale verdeutlichte ferner: Der realistische Leistungsbedarf an ärztlichen Grundleistungen liegt über die Quartale gesehen bei etwa 46 bis 46,5 Prozent, während sich der Leistungsbedarf an Sonderleistungen bei 43 bis 43,5 Prozent eingependelt hat.

Angesichts dieser positiven Entwicklung, die durchaus mit den Zielen der Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes übereinstimmt, hält der KBV-Vorstand einen einheitlichen Punktwert für Grund- und Sonderleistungen auf dem Ersatzkassen-Sektor nunmehr für vertretbar.

Die Zusammenlegung der beiden Töpfe für Grund- und für Sonderleistungen und die damit einhergehende Bildung eines einheitlichen Punktwertes ist vor allem auch ein erster wesentlicher Schritt hin zu dem erklärten Ziel der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: der Rückkehr zur echten Einzelleistungsvergütung.

Daß diese Absicht nach Abschluß der EBM-Erprobungsphase nach wie vor besteht, haben die Vertragspartner unlängst in einer gemeinsamen Erklärung erneut bekräftigt.

Der Beschluß des KBV-Vorstandes, die Töpfe für Grund- und Sonderleistungen zusammenzuführen und zu einem einheitlichen Punktwert zu kommen, wird dem Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung seiner nächsten Sitzung zur Entscheidung vorgelegt. Die Gespräche mit den Ersatzkassen über die angestrebte neue Regelung sind bereits aufgenommen worden.

Sollten alle Beteiligten ihr Einverständnis erklären, könnte der einheitliche Punktwert für Grund- und Sonderleistungen erstmals für die Ersatzkassen-Abrechnungen des IV. Quartals 1988 gelten. JM/KBV