

Die Ersatzkassen vor dem Reformberg

Die Ersatzkassen sind nach wie vor gewillt, zur echten Einzelleistungsvergütung zurückzukehren. Das versicherte der Vorsitzende des Verbandes der Angestellten-Krankenkassen (VdAK), Karl Kaula, in einem Pressegespräch am 17. Januar in Siegburg. Zur Zeit ist das Kassenarzt-Honorar (nicht nur bei den Ersatz-, sondern auch bei den RVO-Kassen) pauschaliert. Begründet wurde das von seiten der Kassenärzte wie der Kassen immer damit, daß man in Ruhe die Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) durchführen wolle. Die Pauschalierung habe sich, so der VdAK, im Ersatzkassen-Bereich „für die Ärzte nicht unbedingt negativ ausgewirkt“.

Vor einer Rückkehr zur echten Einzelleistungsvergütung will der Verband eine Übersicht gewinnen, ob die mit der Reform des EBM anvisierten Ziele „in etwa“ erreicht worden sind. Über die Modalitäten der Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung will man sodann „relativ rasch nach der Vorstandswahl bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung“ mit der Kassenarztseite sprechen, kündigte VdAK-Geschäftsführer Dr. med. Eckart Fiedler (der vor noch nicht langer Zeit selbst auf der Kassenarztseite Verhandlungspartner war) an.

Laut Fiedler sind wesentliche Ziele inzwischen tatsächlich erreicht worden, zum Beispiel eine gerechtere Honorarverteilung zwischen den Arztgruppen und eine angemessene Bewertung der Grundleistungen. Nicht erreicht sei die Stabilisierung des Punktwertes. Man habe die Mengenentwicklung bisher nicht in den Griff bekommen. Gelingen es, den Punktwert nachhaltig zu stabilisieren, sei „die Möglichkeit gegeben, bei der Vergütung einen weiteren Schritt zu tun“. Am Ende des Weges stünde eine nicht mehr mit Punkten, sondern mit DM-Beträgen bewertete Gebührenordnung.

Mit der Punktwertstabilität scheint es indes zur Zeit gar nicht so

schlecht zu stehen. Laut der jüngsten Erhebung der Ersatzkassen zeigt sich nämlich folgende Entwicklung:

► Der Punktwert für die Grundleistungen hat sich bei etwa 0,11 DM stabilisiert;

► der Punktwert für Sonderleistungen ist leicht abgesunken;

► die Verminderung des Punktwertes bei den Laborleistungen ist etwas stärker ausgeprägt.

Schließlich, aus Sicht der Ersatzkassen, ein Blick in die etwas fernere Zukunft: Auch bei echter Einzelleistungsvergütung dürfte die Entwicklung der Menge der erbrachten Leistungen weiterhin argwöhnisch beobachtet werden. Somit wird es wohl auch künftig eine ähnliche Vereinbarung geben wie die alte „Dernbacher Erklärung“. Diese sah abgestufte Maßnahmen im Fall ungewöhnlicher Mengenentwicklungen vor.

Umsetzung des Gesundheitsreformgesetzes

Weitaus mehr als der EBM beschäftigt die Ersatzkassen freilich zur Zeit die Umsetzung des Gesundheits-Reformgesetzes. Kaula bedauerte vor allem, daß das Gesetz keine ausreichenden Übergangsfristen vorsieht und allzu viele Zweifelsfragen zur Zeit offen sind. Zum Beispiel:

① **Zuzahlung bei Abgabe von Heilmitteln in der Kassenpraxis.** Während die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Zuzahlung ablehnt, verweist der Ersatzkassenverband auf den Gesetzeswortlaut. Danach hätte auch der Arzt vom Patienten einen Anteil von 10 Prozent zu kassieren; das sei eindeutig. Dr. Eckart Fiedler ist freilich nicht glücklich über diese Bestimmung; sie führe zu einem erheblichen Verwaltungsaufwand. Die Ersatzkassen schlagen daher einen Kompromiß vor: Zuzahlung *nur* für die „klassischen Bereiche“ Massagen und Krankengymnastik (zu diesem Thema auch: Heft 4, „seite eins“).

② **Mindestbeitrag.** Nach dem GRG verdoppelt sich der Mindestbeitrag zur Krankenversicherung.

Das könnte zu sozialen Härten führen. Der VdAK schlägt eine sozial verträglichere Regelung vor. Nach seiner Meinung sollte der Mindestbeitrag zwischen dem bisherigen und dem vom GRG verordneten liegen.

③ **Erhöhtes Krankengeld.** Durch einen Zusatzbeitrag konnten Ersatzkassen-Mitglieder bisher Anspruch auf Zusatzkrankengeld erwerben. Diese Möglichkeit wurde mit dem GRG beseitigt. Ist das für jene, die jahrelang Zusatzbeiträge entrichtet haben, ein Eingriff in wohlverworbene Rechte? Karl Kaula sieht das so, und er bedauert, daß seine Organisation diese Frage nicht selbst dem Bundesverfassungsgericht vorlegen kann. Kaula sähe es allerdings gerne, wenn ein unmittelbar betroffener Versicherter einen Musterprozeß führte.

④ **Festbeträge für Arzneimittel.** Energisch wandte sich Dr. Fiedler gegen den Vorwurf des Bundeskartellamtes, Gespräche der Kassenverbände mit dem Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie und der Medizinisch-Pharmazeutischen Studiengesellschaft erweckten den Verdacht auf Preisabsprache. Bei diesen Gesprächen habe es keine globalen Absprachen gegeben. Sie hätten lediglich der Vorbereitung von Einzelgesprächen mit den Pharma-Firmen gedient. Auch die in der Presse verbreiteten Vorstellungen eines Preisabschlages von 20 bis 30 Prozent, gemessen an den derzeitigen Preisen für Originalpräparate, dürfen nach Auffassung des VdAK nicht als Preisabsprache gewertet werden (dazu auch: „Festbeträge: Noch viele Fragen ungelöst“, Heft 3/1989). Man habe lediglich ausloten wollen, wie die Pharma-Unternehmen auf Abschläge in dieser Größenordnung reagieren würden. Die gesetzliche Krankenversicherung sei grundsätzlich sehr daran interessiert, daß die Hersteller der Originalpräparate ihre Preise auf Festbeträge absenkten. Die Festbeträge (die im Idealfall den neuen Preisen für Originalpräparate entsprächen) sollten hoch genug sein, daß darunter ein reger Generica-Wettbewerb stattfinden könne. Dieses Modell liege auch im Sinne des Arztes, dessen Verordnungsfreiheit gewahrt bleibe. ▶

Kassenarztrecht nach dem „Reformgesetz“

Die Bestimmungen über die kassen- und vertragsärztliche Versorgung sind mit dem Gesundheits-Reformgesetz teilweise neugefaßt worden. Über die wichtigsten Neuerungen, aber auch über wesentliche Regelungen, die mehr oder weniger unverändert übernommen worden sind, werden wir – beginnend mit dieser Ausgabe – informieren.

Zulassung als Kassenarzt

Kassenzulassungen, die vor dem Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes bestanden haben, werden von dem Gesetz nicht tangiert. Eine Altersgrenze für zugelassene Kassenärzte gibt es nicht. Dies war zwar bei den Beratungen zum Gesundheits-Reformgesetz von verschiedenen Seiten gefordert worden, scheiterte aber nicht zuletzt am Widerstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.

Allerdings führt das GRG eine Altersgrenze für die Erstzulassung als Kassenarzt ein: Wer das 55. Lebensjahr vollendet hat, ist von der Zulassung ausgeschlossen. Ausnahmen darf der Zulassungsausschuß nur zur Vermeidung von unbilligen Härten machen.

Ein solcher Härtefall wäre beispielsweise gegeben, wenn ein zugelassener Arzt vorübergehend seine Zulassung unterbrochen hätte und vor der Beantragung auf erneute Zulassung nun diese Altersgrenze überschreiten würde.

Eintragung in das Arztregister

Für die Eintragung in das Arztregister ist die Approbation ebenso Voraussetzung wie die Ableistung einer einjährigen Vorbereitungszeit, die nunmehr auch in Teilzeitbeschäftigung absolviert werden kann, sich dann aber entsprechend verlängert. Aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung kommt als Teilzeitbeschäftigung in der Regel nur eine Halbtagsbeschäftigung in Betracht.

Die Vorbereitungszeit muß eine sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes einschließen. Die restliche Zeit ist in einer patientenbezogenen Tätigkeit abzuleisten.

Die neue Ausbildungsphase des „Arzt im Praktikum“ (AiP) ist unter bestimmten Voraussetzungen zum Teil auf die Vorbereitungszeit anrechenbar. Und zwar bis zu sechs Monaten, wenn:

- die AiP-Tätigkeit im Krankenhaus in den Gebieten Innere Medizin, Chirurgie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde oder Nervenheilkunde
- oder aber in der Praxis eines niedergelassenen Arztes absolviert wird.

Bei der Regelung ist zu beachten, daß die geforderte sechsmonatige Tätigkeit als Assistent oder Vertreter eines Kassenarztes nicht von einem AiP abgeleistet werden kann, weil diese die volle Approbation

voraussetzt. Demnach können Ärzte im Praktikum im Höchsthalle nur sechs Monate ihrer Ausbildungsphase bei einem niedergelassenen Arzt auf die Vorbereitungszeit anrechnen lassen.

Ruhen der Zulassung

Neu ist die Bestimmung, daß der Disziplinarausschuß das Ruhen der Zulassung bis zu zwei Jahren anordnen kann. Bislang war die Höchstdauer auf sechs Monate befristet.

Diese Regelung verschärft zwar die disziplinarischen Möglichkeiten bei Verstößen gegen kassen- und vertragsärztliche (Ersatzkassen-) Pflichten. Dies kann aber in der Praxis dazu führen, daß seltener zum härtesten Mittel, dem Entzug der Zulassung, gegriffen werden muß. Die neue Bestimmung kann erst bei Disziplinarverfahren greifen, die nach dem 1. Januar 1989 eingeleitet werden.

Entzug der Zulassung

Nach dem neuen Recht müssen die Zulassungsinstanzen dem Kassenarzt auch dann die Zulassung zur kassenärztlichen Versorgung entziehen, wenn der Kassenarzt seine vertragsärztlichen Pflichten grob verletzt hat und ihm deshalb der Status des Vertragsarztes für die Ersatzkassen entzogen worden ist. In diesen Fällen haben die Zulassungsinstanzen keinen Entscheidungsspielraum mehr. JM

◁ Diese Überlegungen betreffen ausschließlich die sogenannte Stufe 1, also Festbeträge für wirkstoffgleiche Arzneimittel. Fiedler hofft, die Stufen 2 und 3 (Festbeträge für vergleichbare Arzneimittel beziehungsweise für Arzneimittel mit vergleichbaren Wirkprinzipien) durch intensive Schulung und Information der Ärzte vermeiden zu können.

Die Ersatzkassen (wie auch alle sonstwie Betroffenen) sind derzeit mit der Umsetzung des GRG voll

beschäftigt. Am zweiten Teil der „Gesundheitsreform“ – die Organisationsstruktur der Krankenversicherung betreffend – sind die allein schon deshalb nicht interessiert. VdAK-Vorsitzender Karl Kaula widerspricht somit dem AOK-Bundesverband; dessen Geschäftsführer, Dr. Franz-Josef Oldiges, hatte dafür plädiert, die Organisationsstrukturen nun so schnell wie möglich zu reformieren. Die Ersatzkassen argwöhnen zudem, eine grundlegende

Überarbeitung des Organisationsrechtes werde gerade ihnen zum Nachteil ausschlagen – etwa mit einem kassenartenübergreifenden Finanzausgleich oder mit der Mitbestimmung der Arbeitgeber in ihrer Selbstverwaltung. Finanzausgleich? Fiedler: Die Ortskrankenkassen sollten erst mal für innere Solidarität sorgen. Mitbestimmung der Arbeitgeber? Kaula: Ohne diese paritätische Mitbestimmung sei man seit hundert Jahren gut gefahren. NJ