

# Übergangsregelung löst das Gesundheitsabkommen ab

Neuer Vertrag über ärztliche Hilfe in den ost- und westdeutschen Ländern gilt bis Ende dieses Jahres

Obwohl das Sozialgesetzbuch V erst ab Beginn des kommenden Jahres für das ganze Deutschland gilt, können die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung aus der bisherigen Bundesrepublik bereits jetzt in den fünf neuen Bundesländern ärztliche Hilfe auf Krankenschein in Anspruch nehmen.

Das macht eine Übergangsregelung möglich, die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen e. V. der neuen Bundesländer, den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Krankenversicherung-Ost vereinbart worden ist. Der Vertrag (der in diesem Heft unter „Bekanntmachungen“ veröffentlicht ist) gilt bis zum 31. Dezember 1990 und tritt rückwirkend zum 3. Oktober dieses Jahres in Kraft. Zu diesem Zeitpunkt war das Gesundheitsabkommen der früheren DDR mit der bisherigen Bundesrepublik ausgelaufen.

Das Abrechnungsverfahren für die Behandlung westdeutscher Bürger in den neuen Bundesländern ist relativ einfach geregelt: Der behandelnde Arzt trägt seine Leistungen auf dem vorgelegten Krankenschein ein und rechnet mit seiner zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung e. V. ab. Dabei gelten die Vergütungssätze der jeweiligen westdeutschen Krankenkasse.

## Akute Erkrankungen

Anders ist es bei der Behandlung von Versicherten aus der früheren DDR im bisherigen Bundesgebiet. Für die Vergütungshöhe ist entscheidend, ob es sich um eine notwendige Behandlung einer akuten Erkrankung handelt, die keinen Aufschub duldet. Ist dies der Fall, kann der westdeutsche Kassenarzt mit einem Berechtigungsschein, den er selbst ausstellt, über seine KV mit der Krankenversicherung-Ost ab-

rechnen. Als Vergütung wurden auf der Grundlage des EBM Punktwerte von zehn Pfennigen für alle Leistungen bis auf die Laborleistungen vereinbart, die mit sieben Pfennigen honoriert werden.

Dieselben Sätze werden gezahlt, wenn es um eine Behandlung einer Erkrankung geht, die in den neuen Bundesländern nicht möglich ist. Allerdings muß hier die Krankenversicherung-Ost der Behandlung in Westdeutschland ausdrücklich zustimmen.

## Bundesausschuß beschloß vier Festbetragsgruppen für Benzodiazepine

Im zweiten Anlauf hat der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen den Einstieg in die Festbetragsstufe 2 für Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbaren Wirkstoffen geschafft. Nachdem im August dieses Jahres der Vorschlag der Kassenseite, insgesamt 17 Benzodiazepin-Wirkstoffe in einer sogenannten Jumbo-Gruppe zu bündeln, keine Mehrheit gefunden hatte, war sich das Gremium nun einig: Die pharmakologische-therapeutische Vergleichbarkeit von Arzneimitteln kann dann angenommen werden, wenn nur Arzneimittel mit derselben Leitindikation in Festbetragsgruppen zusammengefaßt werden.

Im Falle der Benzodiazepine bedeutet dies die Bildung von vier Festbetragsgruppen anstelle einer einzigen Großgruppe. Nach dem Beschluß des Bundesausschusses umfaßt die erste Gruppe zehn Benzodiazepine, die vorwiegend angstlösend wirken. In der zweiten Gruppe sind sieben Wirkstoffe zusammengefaßt, deren Wirkung beruhigend und schlaffördernd ist.

In allen übrigen Fällen rechnet der westdeutsche Arzt zwar ebenfalls mit seiner KV ab – jedoch zu anderen Vergütungssätzen. Die Krankenversicherung-Ost erstattet lediglich einen Punktwert von 6,1 Pfennigen, ganz gleich für welche Leistungen. Der behandelnde Arzt kann aber den Differenzbetrag zu den vereinbarten Punktwerten von zehn beziehungsweise sieben Pfennigen dem Versicherten privat in Rechnung stellen, wenn er dies möchte. Der Vertrag ließe das zu, weil dort die Zuzahlungspflicht des Patienten niedergelegt ist.

Die Verschreibung von Medikamenten für Versicherte aus den neuen Bundesländern regelt der Vertrag entsprechend: Bei Akuterkrankungen und ausdrücklich bewilligten Behandlungen auf Kassenrezept, in den anderen Fällen auf Privatrezept. JM

Die beiden übrigen Festbetragsgruppen für muskelrelaxierend und vorwiegend antiepileptisch wirksame Benzodiazepine betreffen hingegen zur Zeit nur jeweils einen Wirkstoff, so daß dafür zunächst kein Festbetrag durch die Krankenkassen bestimmt werden kann. Um dies tun zu können, müssen mindestens zwei Wirkstoffe und drei Anbieter (Fertigarzneimittel) in einer Gruppe vertreten sein.

Der Beschluß des Bundesausschusses liegt derzeit dem Bundesarbeitsminister zur Genehmigung vor. Die Krankenkassen werden Mitte Dezember Vorschläge zur Höhe der jeweiligen Festbeträge unterbreiten. Die Festlegung soll dann im Februar kommenden Jahres erfolgen, um die neuen Festbeträge zum 1. Juli 1991 in Kraft setzen zu können. Für fünf weitere Benzodiazepine – unter anderem Diazepam – gelten bereits Festbeträge in der Stufe 1.

Nach Angaben des für Festbeträge federführenden Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen betrug der Umsatz der 17 Benzodia-

zepin-Wirkstoffe für das Jahr 1988 rund 183 Millionen DM. Wie hoch die Einsparungen durch die anstehende Bildung von Festbeträgen sein werden, ist gegenwärtig noch völlig offen. Allerdings scheinen die Einspareffekte der Festbeträge nach den Stufen 2 und 3 (Arzneimittel mit pharmakologisch-therapeutisch vergleichbarer Wirkung) sehr viel geringer auszufallen als in der Festbetragsstufe 1 für Präparate mit identischen Wirkstoffen.

## Allgemeinärzte: Gegen Honorarpauschalierungen

Gegen eine etwaige weitergehende Pauschalierung der Honorare im kassen-/vertragsärztlichen Bereich hat sich der Berufsverband der Praktischen Ärzte und Ärzte für Allgemeinmedizin Deutschlands (BPA) anlässlich seiner jüngsten Delegiertenversammlung in Kiel während des 13. Deutschen Hausärztetages kategorisch ausgesprochen. Statt dessen fordert der Berufsverband, konsequent zur Einzelleistungshonorierung zurückzukehren, wobei derzeit noch 80 Prozent der Vergütungen für kassenärztliche Leistungen gedeckelt sind. In einer Entschließung heißt es, Pauschalierungen ebenso wie „Honorardeckelungen“ seien leistungsfeindlich und mit Ungerechtigkeiten verbunden; Deckelungen führten zu einem kontinuierlichen Verfall der Punktwerte. An die in den Selbstverwaltungsgremien der Kassenärzteschaft tätigen Berufspolitikern und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat der BPA appelliert, sich Forderungen nach einer Teilpauschalierung des Laborhonorars zu widersetzen (KBV-Vorsitzender Dr. Ulrich Oesingmann ebenso wie das KBV-Vorstandsmitglied Dr. Klaus-Dieter Kossow haben vor dem Hausärztetag versichert, daß niemand in der KBV daran denke, Pauschalierungen vorzunehmen).

Heftig widersprach der BPA Modell-Konzepten, die für differenzierte, teils pauschalierte, teils in Komplexen zusammengefaßte Pau-

Gleichzeitig gestaltet sich die Arbeit für den Bundesausschuß zusehends schwieriger, da eindeutige und zweifelsfreie Kriterien für die Zuordnung bestimmter Medikamente zu Festbetragsgruppen wohl eher die Ausnahme bilden werden. Dies könnte schon bei der nächsten Runde innerhalb der Festbetragsstufe 2 zutage treten, wenn es um die Beta-Blocker geht. Erste Beratungen sollen noch in diesem Jahr aufgenommen werden. JM

schalen und/oder Grundpauschalen plädierten, wiewohl einzelne Delegierte zugestanden, daß manche niedergelassene Kassenärzte, weil sie mit der EBM-Mechanik nicht zurechtkämen, Pauschalen in begrenzten Fällen befürworteten, zumal dies die Abrechnung erleichtere und transparenter gestalte.

Dem „pauschalierten Hausarzt“, der obligatorisch dem Spezialarzt vorgeschaltet werde (wie im „Hausarzt-Modell“ des Sachverständigenrates der Konzierten Aktion propagiert), hat der BPA eine klare Absage erteilt. Darin sekundierte Günther Heyenn, SPD-MdB und Obmann der SPD im Bundestagsausschuß für Arbeit und Sozialordnung

aus Blomnath: „Die Pauschale für Allgemeinärzte und die Einzelleistungsvergütung für die Spezialisten ist mit uns nicht zu machen. Wer erstklassige Hausärzte will, kann sie nicht zweitklassig vergüten!“

Im übrigen widerspricht der Allgemeinärzterverband BPA Forderungen, das Kostenerstattungs-system neben dem sonst dominierenden Sachleistungssystem in der gesetzlichen Krankenversicherung zuzulassen.

Die in Kiel vom BPA präzisierten honorarpolitischen Forderungen (die allerdings teilweise auf Widerspruch der Sprecher der drei Bundestagsfraktionen stießen):

▷ Einführung einer speziellen Gebührenordnungsnummer für die „hausärztliche Präsenz“. Die arbeitstägliche Präsenz des Hausarztes müsse durch die Kassenärztliche Vereinigung überprüfbar sein.

▷ Einführung einer neuen Nummer 15 („Einleitung und Koordination ärztlicher und sozialer Maßnahmen während der hausärztlichen Behandlung einmal im Behandlungsfall“); ferner Einführung einer Abrechnungsnummer für ärztlich geleitete Gruppentherapie;

▷ Strikte Ablehnung der im Staatsvertrag festgeschriebenen Absenkung der privatärztlichen/privat-zahnärztlichen Vergütungen auf dem Gebiet der ehemaligen DDR auf 45 Prozent des westdeutschen Vergütungsniveaus. HC

### FERNSEHKRITIK

**Die Frau vom Meer (Sonntag, 21. Oktober, ZDF).** „Die Meerfrau“ ist eine Frau, die sich zwischen zwei Männern entscheiden muß. Sie liebt ihren Ehemann, den Arzt Dr. Wangel; aber sie kann sich von ihrer Jugendliebe nicht lösen, einem Seemann, dem sie ewige Treue geschworen hatte und der jetzt sein Recht fordert.

Ibsens Schauspiel, in einer Auf-führung der Münchner Kammerspiele, strebt eine Verknüpfung von Realismus und Symbolismus an. Letzterer wird von der (ver)zweifelnden Ellida verkörpert, die von Cornelia Froboess eindringlich und fesselnd

dargestellt wird. Ihrer hervorragenden schauspielerischen Leistung adäquat, überzeugt auch Claus Eberth als nüchtern-realistischer Arzt. Dr. Wangel bemerkt erst allmählich, daß die wirkliche Heilung seiner Frau nicht durch Medikamente bewirkt wird. Erst indem er Ellida in Freiheit wählen läßt, gelingt es, die Macht des Seemanns zu brechen.

In der Inszenierung Thomas Langhoffs wird deutlich, daß das „Grauenhafte“ nur mit Hilfe der Psychologie überwunden werden konnte – einer Wissenschaft, die sich zur Zeit Ibsens zunehmend an Beliebtheit erfreute. Kli