

Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Vehemente Attacke gegen finanzielle Knebelung und bürokratische Gängelei

Forderungen von existentieller Bedeutung an Regierung und Krankenkassen

Beifall für Oesingmanns kämpferische Position

Die Einladung klang sachlich und nüchtern wie immer. Auf dem Papier unterschied sich die 6. Sitzung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in keiner Weise von allen vorangegangenen. Und doch war diesmal vieles, wenn nicht alles, anders. Erstmals nahmen Vertreter aller Kassenärzte aus ganz Deutschland an den Beratungen des höchsten Gremiums der Kassenärzteschaft teil. Gut zwei Monate nach Vollendung der deutschen Einheit hat die Vertreterversammlung der KBV ein neues Gesicht – und sieht sich zugleich vor neue, große Herausforderungen gestellt, wie Dr. med. Ulrich Oesingmann, der Erste Vorsitzende der KBV, betonte. Sein mit Spannung erwarteter Bericht zur Lage verband dann auch die Standortbestimmung mit den drängenden berufspolitischen Forderungen der Kassenärzteschaft. Forderungen, die sich in erster Linie an die gerade bestätigte Regierungskoalition richten. Doch auch an die Adresse der Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen fand der KBV-Vorsitzende deutliche Worte.

Wenn der künftige Bundesarbeitsminister – sei es der alte oder auch ein neuer – in absehbarer Zeit Besuch von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bekommt, dann bringt ihm deren Erster Vorsitzender, Dr. Ulrich Oesingmann, außer Glückwünschen noch etwas anderes mit: einen Wunschzettel.

„Er wird nicht lang sein“, sagte Oesingmann vor der Vertreterversammlung am 8. Dezember 1990 im Kölner Hotel Inter-Continental, „aber das, was wir für die Kassenärzteschaft im vereinigten Deutschland wünschen und fordern, wird berechtigt sein, wesentlich und in einigen Punkten von existentieller Bedeutung.“

„Prüf-Unwesen“ ohne jeden Sinn

Vieles davon steht im Zusammenhang mit dem Gesundheits-Reformgesetz, das zwar manche Probleme gelöst habe, jedoch keinesfalls alle. Statt dessen seien neue hinzugekommen, vor allem ein Übermaß an Bürokratie. Dr. Ulrich Oesingmann wörtlich: „Wir müssen so viele Anweisungen, Richtlinien und Verordnungen beachten, soviel dokumentieren, berichten und begründen, daß wir mehr und mehr zu Papier- und

Disketten-Kriegern werden. Vielleicht zu Lasten, sicherlich nicht zum Nutzen der ärztlichen Versorgung.“

An erster Stelle rangiert dabei das wesentlich verschärfte Prüfwesen, bei dem man schon von einem „Prüf-Unwesen“ sprechen könne. Das Gesetz schreibe der Selbstverwaltung nunmehr Prüfungen vor, deren Sinn nicht mehr zu erkennen sei. So werde beispielsweise mit dem Instrument Richtgrößen ausschließlich dem Arzt die ganze Verantwortung für den finanziellen Umfang verordneter Arznei-, Heil- und Hilfsmittel aufgebürdet.

Das aber auch noch in einem System, in dem die Krankenkassen im Wettbewerb um Versicherte stehen und ihre Bewilligungsfreudigkeit in Zeitungsanzeigen kundtun, der Arzt unter zunehmenden Konkurrenzdruck von Kollegen gerät und in wachsendem Maße mit den Wünschen und Forderungen der sogenannten aufgeklärten Patienten konfrontiert wird.

Gleichzeitig engt das Gesundheits-Reformgesetz auf eine andere Weise den Entwicklungsspielraum der kassenärztlichen Versorgung ein: „Die Festschreibung des Beitragssatzes in der gesetzlichen Krankenversicherung war und ist ein politisches Postulat, eine Spätgeburt der einstigen Kostendämpfungspolitik“, kritisierte Oesingmann die „betonköpfige Ideologie der Kostendämpfung“.

In Zukunft werde die kassenärztliche Versorgung mehr Geld brauchen, als Grundlohnsteigerungen an Zuwachs beim Beitragsaufkommen erbringen, fügte er unter dem Beifall der Delegierten hinzu. >

Oesingmanns Forderung wird dann wohl auch ganz oben auf dem besagten Wunschzettel stehen: „Bei der Aufteilung der Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung darf nicht ausgerechnet der Leistungsbereich weiter geknebelt werden, der in den letzten zehn Jahren keinen Anlaß zu Anhebungen des Beitragssatzes gegeben hat!“

Belastungsgrenze ist längst überschritten

Die Belastungsgrenze in dieser Hinsicht sei nicht nur erreicht, sondern längst überschritten, betonte der KBV-Vorsitzende nachdrücklich. Wenn der Grundsatz „Soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig“ Gültigkeit haben soll, dann müßten die wirtschaftlichen Rahmenbedingungen für die freiberuflich tätigen, qualifizierten Kassenärzte wieder stimmen: „In vier Worten gesagt: Der Deckel muß weg!“ Die Delegierten stimmten dem uneingeschränkt zu: mit demonstrativem, langanhaltendem Applaus und der Verabschiedung der nebenstehenden Resolution.

Auch die Diskussionsbeiträge zum Bericht zur Lage zeigten, daß der Honorardeckel und die gesetzlich verordnete Beitragssatzstabilität



KBV-Vorsitzender Dr. Ulrich Oesingmann

die Kassenärzteschaft in einer Form belasten, die nach Auffassung einer großen Mehrheit nicht länger hingenommen werden kann.

Vor diesem Hintergrund und unter dem Druck wachsender Reglementierungen suchten viele Kollegen nach einem Ausweg und glaubten den Stein der Weisen gefunden zu haben, fuhr Oesingmann fort. „Ein Stein der Weisen, der alle Sorgen auf einfache Weise von uns nimmt und Blei in Gold verwandelt: Wir ersetzen das Sachleistungssystem durch ein Kostenerstattungssystem – da-

hinter ganz klein gedruckt: mit Selbstbeteiligung, und alle grauen Wolken verschwinden vom Himmel der Kassenärzte.“

Wenn die Befürworter der Kostenerstattung geglaubt hatten, daß Oesingmann auf dieses Thema nicht eingehen werde, so sahen sie sich getäuscht. Im Gegenteil: Der Auseinandersetzung um das Für und Wider der beiden grundverschiedenen Systeme widmete der KBV-Vorsitzende breiten Raum in seinem Bericht zur Lage. Es gebe ja in einem Land der EG ein real existierendes Kostenerstattungssystem, verwies Oesingmann auf das Beispiel Frankreich. Und da habe sich gezeigt, daß alle daran geknüpften Erwartungen sich nicht erfüllt hätten:

- ▶ der Kostenanstieg im Gesundheitswesen sei durch Leistungstransparenz und zusätzliche Selbstbeteiligung der Versicherten nicht gebremst worden;

- ▶ der Verwaltungsaufwand habe sich ebenfalls nicht verringert, und die Kritik der Ärzte dort sei schärfer als hierzulande.

Politische Illusion: Kostenerstattungssystem

Oesingmann warnte vor der Illusion, mit dem Kostenerstattungssystem würden gleichzeitig die Wirtschaftlichkeitsprüfungen in den Sarg gelegt und beerdigt werden können. Die Kassenärztlichen Vereinigungen brauchten sich dann zwar nicht mehr an der Prüfung zu beteiligen, sie könnten es auch gar nicht mehr. Bei der Kostenerstattung wären dafür alleine die Kassen zuständig – oder aber eine staatliche Prüfungsstelle, die womöglich dem allseits bekannten Ministerialdirektor Karl Jung unterstehen würde.

Ob die Kassenärzteschaft damit glücklich wäre, wagte Oesingmann zu bezweifeln. „Das heißt“, schränkte er ein, „es gäbe ja gar keine Kassenärzteschaft mehr, wenn jeder nach den Grundsätzen der privaten Krankenversicherung zu jedem Krankenhausarzt gehen, jeden Psychotherapeuten in Anspruch nehmen oder zu einem Betriebsarzt gehen kann. Wer wollte ihn daran hindern?“



Fast acht Stunden lang beriet die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 8. Dezember 1990 in Köln
Fotos (7): d-e-w

Resolution der KBV-Vertreterversammlung

Forderungen an Regierung und Kassen

Der Ausgang der Bundestagswahlen hat die Politik der Regierungskoalition bestätigt, die darauf gerichtet ist, die gesellschaftlichen, wirtschaftlichen und sozialen Strukturen im geeinten Deutschland aneinander anzugleichen.

Das Wahlergebnis bringt gleichzeitig das hohe Maß an Vertrauen in die Sicherung der wirtschaftlichen Stabilität der Koalition unter Bundeskanzler Kohl zum Ausdruck, die eine Voraussetzung für die Bewältigung dieser Aufgabe darstellt.

Auch die Kassenärzte vertrauen darauf, daß die Regierung bestrebt sein wird, die Leistungsfähigkeit und das freiheitliche System der ambulanten Versorgung zu erhalten bzw. in den beigetretenen Ländern aufzubauen.

Verbunden damit sind konkrete Erwartungen, ohne deren Erfüllung nach Auffassung der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung die Freiberuflichkeit des Kassenarztes nicht gewährleistet werden kann. Gefordert werden müssen:

① Die Zulassung zur Tätigkeit als Kassenarzt muß vom Nachweis einer mindestens dreijährigen abgeschlossenen Weiterbildung abhängig gemacht werden.

② Das mit dem Gesundheits-Reformgesetz (SGB V) eingeführte Kontroll- und Prüfinstrumentarium muß auf das Maß zurückgeführt werden, das für die Prüfung der Krankenkassen erforderlich ist. Prüfungen, die darüber hinausgehen, gefährden die Freiberuflichkeit des Arztes.

Nicht zu verantworten ist es, daß der Arzt durch solche Maßnahmen von Honorarkürzungen und Regressen bedroht wird, während die Krankenkassen aus Wettbewerbsgründen bereit

sind, medizinisch fragwürdige Leistungen großzügig zu gewähren, und damit bei der Bevölkerung werben.

③ Die kassenärztliche Leistung muß wieder einen festen Preis bekommen. Honorardeckel und Regreßandrohungen lassen sich mit dem Grundsatz „so viel ambulant wie möglich“ nicht vereinbaren.

④ Die Vielfalt der Regelungen zur Verordnungstätigkeit ist für den Arzt unüberschaubar geworden. Sie muß durch eine klare und einheitliche Regelung ersetzt werden, die deutlich macht, welche Arznei- und Heilmittel verordnungsfähig sind, welchen Preis die Krankenkassen dafür zahlen und welchen Selbstbehalt der Versicherte gegebenenfalls zu tragen hat.

⑤ Die Teilung des geeinten Deutschlands in zwei sozialversicherungsrechtlich getrennte Versorgungsgebiete muß möglichst schnell überwunden werden. Die Versicherten müssen einen einheitlichen Anspruch auf medizinische Versorgung, die Ärzte ein Recht auf Berufsausübung unter gleichen Bedingungen erhalten. Die medizinische Versorgung in den fünf neuen Bundesländern muß daher konsequent an das System in der bisherigen Bundesrepublik angepaßt werden.

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bekennt sich erneut zur Aufrechterhaltung des Naturalleistungsanspruches der Versicherten gegen ihre Krankenkassen auf ärztliche Versorgung. Dieses für den Bürger sehr gute Versorgungssystem darf jedoch nicht dazu führen, daß die Freiberuflichkeit des Kassenarztes in Bürokratie und Kontrolle erstickt wird. Die Kassenärzte erwarten daher von der neugebildeten Regierungskoalition die Überprüfung des Gesundheits-Reformgesetzes mit dem Ziel, die Patient-/Arzt-Beziehung vor bürokratischer Verfremdung zu schützen. □

Die Krankenkassen könnten allerdings in ihren Satzungen festlegen, welche Ärzte der bei ihnen Versicherte in Anspruch nehmen kann und welche nicht. Die Approbation wäre dann nicht mehr die Zulassungsgarantie für die Versorgung von Kassenpatienten, denn mit dem Kassenarzt würde ja auch das Kassenarztrecht hinfällig werden. Kurzum: „Dann wären wir auf dem flotten Marsch in die Vergangenheit wieder da angelangt, wo die Ärzteschaft um 1900 gewesen ist. Bei Zuständen, gegen die damals jener Herrmann Hartmann aufgestanden ist, die der Verband, der heute seinen Namen trägt, unerschrocken ansteuert.“

Die Kassenärzteschaft fiele aus dem mühsam errungenen Stand der Kollektivverträge in die Zeit von Gruppen-, vielleicht sogar Einzelverträgen zurück. „Wir bekämen nicht nur den tatsächlich freien, sondern sogar den vogelfreien Arzt“, resümierte Oesingmann. „Die Kostenerstattung ist ein Irrweg. Am Ende dieses Weges steht für den Arzt das Einkaufsmodell. Den Zuschlag bekommt der Billigste. Deswegen betrachten manche Sozialökonom eine solche Entwicklung mit Wohlgefallen. Nicht weil sie sich vom Wettbewerb mehr Qualität erwarten, sondern geringere Kosten.“

Lebhafte Diskussion um das Für und Wider

Es kann nicht verwundern, daß derart deutliche Worte in der Vertreterversammlung Resonanz weckten. Die Befürworter eines Kostenerstattungssystems meldeten sich dabei ebenso zu Wort wie die Gegner. „Sowohl der Sicherstellungsauftrag als auch das Prüfgeschäft kann bei der Kostenerstattung durchaus bei den KVen verbleiben“, widersprach Dr. med. Hans-Jürgen Thomas, der Vorsitzende des Hartmannbundes, Oesingmanns Darstellung. Vielmehr zwingt schon allein die Entwicklung des Punktwertes zur Abkehr vom Sachleistungsprinzip. Und Dr. med. Klaus Wagner (Hamburg) ergänzte: „Die Sachleistung stammt aus dem

19. Jahrhundert. Heute gibt es das Mengenproblem und vieles andere mehr.“

Dr. Klaus-Dieter Kossow, Vorstandsmitglied der KBV und Vorsitzender der KV Niedersachsen, zog aus der Diskussion einen bemerkenswerten Schluß: „Es ist sehr erfreulich, daß offenbar kein Oppo-

nent gegen die Kassenärztliche Vereinigung an sich ist. Das ist doch schon mal was.“ In Honorarfragen, riet Kossow den Delegierten, müsse man wieder zu mehr Pragmatismus finden und sie nicht länger als Glaubensfragen behandeln.

Oesingmann selbst hatte das in seinem Bericht zur Lage nicht an-

ders gesehen: „Die Punktwertentwicklung rechtfertigt keineswegs die Zerschlagung des Systems. Und das Ziel des KBV-Vorstandes heißt nach wie vor: Schrittweise Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung.“



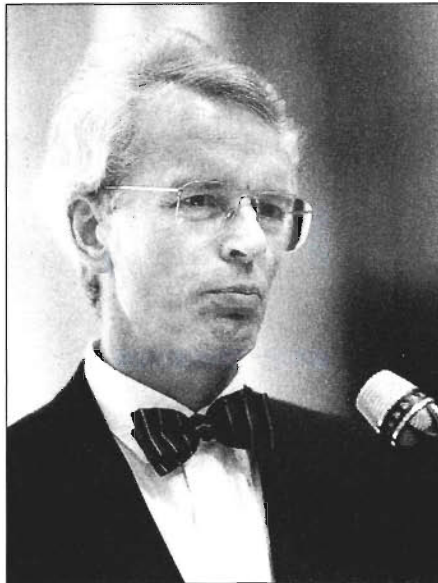
Dr. Winfried Schorre (Nordrhein)

Der Honorarvertrag, den die KBV im Frühjahr mit den Ersatzkassen geschlossen hat, markiere einen bedeutsamen Abschnitt auf diesem Weg. Dies sei jedoch nur ein Anfang, dem weitere Schritte folgen müßten. Parallel dazu berate die Gebührenordnungskommission des KBV-Vorstandes gegenwärtig über ein Honorarverteilungsmodell zur Festigung des Punktwertes und über eine Weiterentwicklung des EBM.

KBV-Vorstand um Vereinfachung des EBM bemüht

Oesingmann dazu: „Unsere Absicht geht dahin, zusammengehörnde Leistungen so zusammenzufassen, daß zahlreiche Abrechnungsbestimmungen gestrichen, andere wesentlich vereinfacht werden können.“ Die Bestimmungen an sich seien allerdings kein Selbstzweck, sondern erfüllten vielmehr eine wesentliche Schutzfunktion. Würden sie einfach gestrichen, gäbe es eine Punktzahlexplosion und das endgültige Aus für den Punktwert.

Eine Schutzfunktion für den Arzt hätten auch die Aussagen zur Dokumentationspflicht, die in einer Protokollnotiz zum Bundesmantelvertrag-Ärzte festgehalten sind. Gegen diese Protokollnotiz richtete sich ein Antrag von Dr. med. Winfried Schorre (Köln), der den KBV-Vorstand aufforderte, die Notiz zurückzuziehen und keine Regelung zu treffen, die eine Ausweitung der Dokumentationspflicht über die bis dahin gültigen Vorschriften hinaus bedeute. Schorre sagte zur Begründung: „Das ganze Thema löst Beklemmung aus. Krankenkassen und Staatsanwälte nutzen die Dokumentationspflicht als Fundament für ihre Anschuldigungen.“



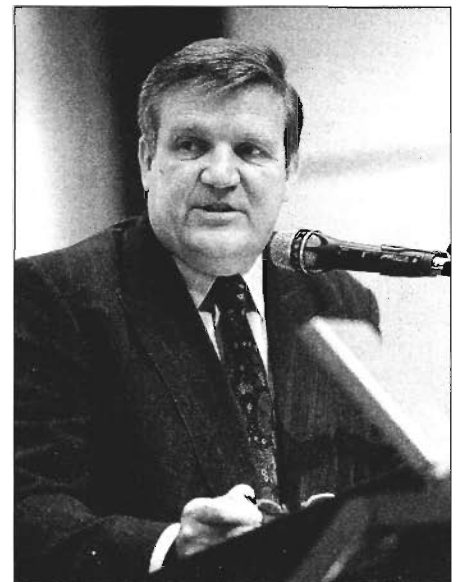
Dr. Jörg G. Veigel (Niedersachsen)

Dem hielt Dr. Rainer Hess, der Hauptgeschäftsführer der KBV, entgegen, daß gerade eine hinreichende Dokumentation die Anschuldigungen ins Leere laufen lassen könne. „Nur wenn der Arzt mit Abrechnungsunterlagen konfrontiert wird, zu denen er aufgrund seiner fehlenden eigenen Aufzeichnungen gar nichts mehr sagen kann, kommt er in große Beweisnot“, wies Hess auf die leidvollen Erfahrungen vieler Ärzte in der jüngeren Vergangenheit hin. Die Protokollnotiz sei vor diesem Hintergrund ein Appell an die Ärzte zur ausreichenden Dokumentation *im eigenen Interesse*, aber keinesfalls eine Verpflichtung.

Dokumentationspflicht im Rahmen der Berufsordnung

Die Diskussion, bei der im Prinzip über das Ziel alle einig waren und nur der richtige Weg zur Debatte stand, mündete schließlich in einem klarstellenden Antrag von Dr. med. Jörg G. Veigel (Jever), der einstimmig verabschiedet wurde: „Der Vorstand der KBV wird aufgefordert, gegenüber den Krankenkassen zu erklären, daß die Protokollnotiz zu § 47 des Bundesmantelvertrages keine über das Berufsrecht hinausgehende Regelung zur Dokumentationspflicht beinhaltet.“

Zu einem weiteren, nicht weniger kontrovers diskutierten Thema nahm Dr. Ulrich Oesingmann in seinem Bericht zur Lage nur kurz Stellung: zur Gliederung der ambulanten Versorgung in einen hausärztlichen und fachärztlichen Teil. Die weiterführenden Überlegungen des Vorstandes seien aufgrund des Ärztagbeschlusses von Würzburg zur Überarbeitung der Weiterbildungsordnung vorerst zurückgestellt worden. Mit Blick auf die angestrebte dreijährige Pflichtweiterbildung in



Dr. H.-J. Thomas (Westfalen-Lippe)

der Allgemeinmedizin als Zugangsvoraussetzung zur kassenärztlichen Versorgung richtete er einen Appell an die Bundesärztekammer, die

Weiterbildungsordnung zu nutzen, um die notwendigen Strukturen zu schaffen.

An die Adresse der Politik gewandt, mahnte Oesingmann in diesem Zusammenhang erneut die Unterstützung bei der Einführung einer entsprechenden Pflichtweiterbildung an: „Es wirkt doch scheinheilig, wenn der Gesetzgeber uns immer neue Qualitätssicherungs- und Kontrollmaßnahmen aufs Auge drückt, in der Frage der Sicherung der Strukturqualität der kassenärztlichen Versorgung aber ausweicht und aufschiebt.“

Dieser Punkt wird zweifellos mit auf dem „Wunschzettel“ stehen, den Oesingmann dem Bundesarbeitsminister überreichen wird. Und auch das Stichwort Überkapazitäten wird nicht fehlen. Beides Fragen, deren Lösung nach Oesingmanns Überzeugung keinen Aufschub mehr duldet.

Die vordringlichen Ziele sind abgesteckt

Zum Schluß seines Berichts ging Oesingmann noch auf die Eckwerte eines „Psychologischen Psychotherapeutengesetzes“ ein, die von der Bundesgesundheitsministerin Ursula Lehr – kurz bevor sie ihren Schreibtisch räumte – vorgelegt worden waren. „Im Augenblick“, sagte der KBV-Vorsitzende mehrdeutig, „sind diese Eckwerte nicht viel mehr als eine Leerformel.“ Befasse sich aber der neue Gesetzgeber mit der legislatorischen Fixierung der Lehrschen Vorstellungen, dann werde die KBV die inhaltliche Diskussion, das Für und Wider, mit vollem Engagement und mit aller gebotenen Härte führen. Ein erstes Signal hatte Oesingmann gleich nach Bekanntwerden der Eckwerte in einer Pressemitteilung gegeben: „Jeder Versuch einer undifferenzierten Gleichstellung von Ärzten und Psychologen ist eine Provokation der Ärzteschaft.“

Fazit: Der berufspolitische Kurs der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist klar umrissen, die vordringlichen Ziele sind abgesteckt. Bei all dem bildet die Umstrukturierung des Gesundheitswesens in den neuen Bundesländern einen Arbeits-



Einstimmig verabschiedete die Vertreterversammlung die auf diesen Seiten dokumentierte Resolution mit Forderungen an Regierung und Krankenkassen

schwerpunkt, der die KBV in den vergangenen Monaten extrem gefordert hat. Die bereits gelösten Probleme wie auch die vielen noch offenen Fragen in diesem Zusammenhang hatte Oesingmann bewußt aus seinem Bericht zur Lage ausgeklammert und in einem eigenständigen

Referat zusammengefaßt, das allen Delegierten im Wortlaut ausgehändigt wurde. Das Deutsche Ärzteblatt wird darauf noch eingehen. Über die Laborproblematik, die auf dieser Vertreterversammlung zum Beschluß anstand, wird auf den folgenden Seiten berichtet. JM

Grünes Licht für die Reform des Laborkapitels

Vorstandskonzept als tragfähiger Kompromiß von der Vertreterversammlung verabschiedet

Die Diagnose ist eindeutig, doch an der Therapie schieden sich bislang die Geister. Schon seit Jahren steht es finanziell um das Labor nicht mehr zum besten. Doch nun scheint endlich eine erfolgversprechende Behandlung gefunden: Die Vertreterversammlung der KBV stimmte mit großer Mehrheit den Vorschlägen des KBV-Vorstandes zu Strukturänderungen im Laborkapitel des EMB zu. Grünes Licht also für ein Konzept, das in zahlreichen Beratungen zu einem offenbar tragfähigen Kompromiß gereift ist.

Als Dr. med. Otfrid P. Schaefer auf der Vertreterversammlung im

Mai dieses Jahres in Würzburg erste konkrete Reformüberlegungen in Sachen Labor zur Diskussion stellte, beschrieb er die Lage ebenso kurz wie treffend: „O I, O II, O III – O-Weh!“ Der Schmerzensruf war keineswegs übertrieben, denn die Probleme mit diesem, dem wohl schwierigsten Bereich innerhalb der kassenärztlichen Honorarstruktur waren nicht mehr zu übersehen:

► Leistungen im Eigenlabor (O I), besonders bei akuten Fällen, sind gemessen am Arbeitsaufwand zu niedrig bewertet und können kaum mehr kostendeckend erbracht werden.