

# Honorarpolitik: Zielkatalog der Kassenärzteschaft

Deutliche Worte und schonungslose Offenheit kennzeichneten den Bericht des Ersten Vorsitzenden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vor der Vertreterversammlung in Schwerin. Nachfolgend eine Zusammenfassung der wichtigsten Passagen aus seiner Rede.

„Die Kassenärzte in der Bundesrepublik Deutschland werden sich gemeinsam mit allen ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln gegen die Fortschreibung des Honorardeckels zur Wehr setzen. Sie haben kein Verständnis für die erneute ablehnende Haltung der Spitzenverbände der Krankenkassen gegenüber einer Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung, die notwendige Voraussetzung für die Aufrechterhaltung eines leistungsfähigen Systems der ambulanten ärztlichen Versorgung durch freiberuflich tätige Kassenärzte ist. Sie empfinden es angesichts des in den vergangenen Jahren von den Kassenärzten erbrachten Beitrages zur Stabilisierung der Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante ärztliche Behandlung geradezu als Verhöhnung, wenn ihnen nunmehr die Verantwortung für die Ausgabenentwicklung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugeschoben wird.“

Vehement wandte sich Dr. Oesingmann gegen die Rolle des Sparkommissars. „Die Kassenärzte lassen sich auch nicht für die Ausgabenentwicklung bei den veranlaßten Leistungen verantwortlich machen, die sich aufgrund der demographischen Entwicklung und anderer durch das Gesundheits-Reformgesetz nicht geänderter Einflußfaktoren nahezu zwangsläufig auf dem durch die Einsparungen dieses Gesetzes abgesenkten Ausgangsniveau fortsetzt. Wenn als Folge von Leistungsversprechungen der Politik und des verschärften Wettbewerbs

unter den Krankenkassen die Notwendigkeit des Sparens im Gesundheitswesen nur noch ein Lippenbekenntnis ist, das zugunsten der Gewährung medizinisch fragwürdiger präventiver und kurativer Maßnahmen immer wieder durchbrochen wird, kann der Arzt nicht als einziger in die Garantenstellung des Sparkommissars mit Regreßandrohung gezwungen werden.“

Auch das zur Wende in der Gesundheits- und Sozialpolitik ermahnende Sondergutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion habe Frau Bundesgesundheitsminister Hasselfeldt nicht davon abgebracht, auf der letzten Sitzung der Konzertierte Aktion gegenüber der Selbstverwaltung erneut die zügige „Umsetzung“ des Regelungsinstrumentariums des Gesundheits-Reformgesetzes abzumachen. Dabei habe der Sachverständigenrat in seinem Sondergutachten festgestellt, daß durch eine „administrative Regulierung des ärztlichen Verhaltens“ eine wirkliche Lösung der insbesondere in der Arznei- und Heilmittelversorgung bestehenden Probleme der Mengenentwicklung kaum zu erwarten sei.

Für die Kassenärzte habe der seit nunmehr über zehn Jahren anhaltende Druck auf die Weiterentwicklung der kassenärztlichen Gesamtvergütung und die zunehmende Reglementierung der kassenärztlichen Tätigkeit ein Ausmaß erreicht, das eine Aussteigermentalität fördere und den Ruf nach Systemveränderung immer lauter werden lasse.

Aber die Flucht aus dem System stelle keine Problemlösung dar. „Wir müssen diese Probleme vielmehr im System der kassenärztlichen Versorgung mit den Mitteln lösen, die wir im Handlungskonzept der Kassenärztlichen Bundesvereinigung aufgezeigt haben“, formulierte Oesingmann.

Mit der Verschärfung der Wirtschaftlichkeitsprüfung und der Vereinbarung von Richtgrößen könne man die strukturellen Probleme in der Krankenversicherung nicht lösen. Scharf kritisierte Oesingmann gezielte Aktivitäten aus dem Bundesgesundheitsministerium, die ausschließlich darauf abzielten, politisch den Boden für ein Einfrieren der Kassenarzthonorare zu bereiten. Insbesondere vor dem Hintergrund des Gutachtens des Sachverständigenrates sei die Haltung des Ministeriums unverständlich.

Der KBV-Chef zitierte weitere Beispiele der Stimmungsmache gegen die Ärzteschaft, so den Entwurf eines Berichtes der Bundesregierung an den Deutschen Bundestag und den Deutschen Bundesrat zur Auswirkung des Gesundheits-Reformgesetzes unter Berücksichtigung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität.

„Dieser Entwurf erschöpft sich in Anschuldigungen an die Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wegen unterlassener oder verzögerter Anwendung des Gesundheits-Reformgesetzes und deswegen unterbliebener Einspareffekte. Es ist einfach unglaublich, daß in diesem Ministerium nicht einmal der Versuch unternommen wird, Kostenentwicklungen in der gesetzlichen Krankenversicherung, die sicherlich in ihrer Höhe beunruhigend wirken, auf ihre Ursachen hin zu analysieren und erst dann Schuldzuweisungen zu formulieren, wenn diese belegbar sind. Als direkter Eingriff in die zu diesem Zeitpunkt in ihrer entscheidenden Phase befindlichen Verhandlungen der Selbstverwaltung über den Abschluß einer Bundesempfehlung mußte es verstanden werden, wenn in diesem Bericht eine Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung rundweg als Verstoß gegen den ehernen Grundsatz

der Beitragssatzstabilität dargestellt wird.“

Durch solche Veröffentlichungen werde der erhebliche Vertrauensvorschuß, der mit dem Wechsel der Ressortzuständigkeit in ein einheitlich für Gesundheit und Krankenversicherung zuständiges Ministerium verbunden war, leichtfertig aufs Spiel gesetzt.

Im folgenden gab Oesingmann eine Analyse der Entwicklung der gesetzlichen Krankenversicherung ab. Durch Veränderungen der Versicherungspflichtgrenzen, die Einbeziehung immer weiterer Bevölkerungsgruppen und Veränderungen in Zahl und Struktur der Erwerbstätigen habe sich die gesetzliche Krankenversicherung im Laufe eines Jahrhunderts grundlegend verändert und trotz ihrer nach wie vor bestehenden Gliederung stark einer Volksversicherung angenähert. Dies sei natürlich nicht ohne Auswirkungen auf das Sozialleistungsbudget und den Anteil am Bruttosozialprodukt geblieben. Dafür seien aber nicht die Leistungserbringer im Gesundheitswesen verantwortlich. Zugrunde lägen politische Entscheidungen.

Im Leistungsrecht spielten nicht nur Versicherungsaspekte, sondern in hohem Maße auch versorgungs- und existenzsichernde Forderungen eine entscheidende Rolle. Die dadurch entstandene Dynamik sei Teil jener Ausgabendynamik, die den Kassenärzten nunmehr seit Jahren das Leben schwer mache.

Oesingmann wörtlich: „Eine gesetzliche Krankenversicherung, die immer stärker dem Prinzip allgemeiner Daseinsfürsorge folgt, als umfassende Einrichtung sozialer Wohlfahrt für nahezu jeden und alles, finanziert über Beiträge, muß auf Dauer zwangsläufig an Grenzen stoßen. Die Formel ‚Mehr Leistung: ja – mehr Ausgaben: nein‘ kann nicht aufgehen. Und daß Umverteilung unter dem Deckel begrenzter Ressourcen auf Dauer nicht funktionieren kann, das hat sich mit dem Gesundheits-Reformgesetz bestätigt.“

Die Doktrin der Beitragssatzstabilität wurde einmal mehr als Hilflosigkeit enttarnt. Als erstes nannte der KBV-Vorsitzende die Umvertei-

lungsaktionen, die durchaus sozialpolitisch erklärbar seien, so den Solidarausgleich zwischen Allgemeinversicherten und Rentnerversicherten. Angesichts einer zunehmend ungünstigeren Altersverteilung der Bevölkerung und einer damit einhergehenden veränderten Morbidität liege der Solidarbeitrag, den die Allgemeinversicherten zur Krankenversicherung der Rentner leisten, mittlerweile bei fast 60 Prozent. Die Situation werde sich aber noch verschärfen.

Allein diese hier nur angedeutete Wachstumsdynamik lasse berech-



Dr. Oesingmann bei seinem Referat

tigte Zweifel an der Fortsetzung der bisher betriebenen Politik der Beitragssatzstabilität und allen Überlegungen einer Festschreibung der Beitragssätze aufkommen. Daß diese Probleme durch weitere dirigistische Eingriffe in die ambulante kassenärztliche Versorgung und noch stärkeren Druck auf die Kassenärzte aufgefangen werden könnten, sei völlig abwegig. Der Beifall im Saal setzte nicht nur in diesem Moment ein.

Die Kritik an den politischen Meinungsführern konnte nicht deutlicher ausfallen. Wie blauäugig die Politiker sind, wenn sie das Märchen von den Spitzenverdienern, von den sogenannten Kostentreibern der Nation abspulen, wurde einmal mehr verdeutlicht. Die Delegierten hatten diese schonungslose Analyse aber auch erwartet! Die Kassenärzte kämpfen seit Jahren mit stark rückläufigen Realeinkommen. Keine andere Gruppe im Gesundheitswesen

hat sich über Jahre hin so kosten- und stabilitätsbewußt verhalten wie die Kassenärzte! Sie sind es leid, als Prügelknaben herhalten zu müssen.

Auch die Ablenkungsmanöver in der Diskussion der Lohnnebenkosten werden nicht länger hingenommen. Die von den Arbeitgebern geführte Schlacht um die Senkung der Lohnnebenkosten durch Einsparungen im Gesundheitswesen sei unglaublich und als Nachgiebigkeit im Tarifbereich zu werten, urteilte Oesingmann. Dies habe auch Bundesarbeitsminister Blüm inzwischen erkannt. Allerdings ziehe er daraus die falsche Schlußfolgerung, durch Einsparungen in der gesetzlichen Krankenversicherung Freiräume für die Finanzierung der Pflegeversicherung zu schaffen. Auf diesem Wege werde ihm die deutsche Ärzteschaft nicht folgen, postulierte Oesingmann.

Andererseits wäre die Ärzteschaft schlecht beraten, wenn sie mit unrealistischen Vorstellungen zu Honorarabschlüssen und Gewinnerwartungen gegen sämtliche Windmühlen von Politik, Krankenkassenverbänden, Sozialpartnern und anderen im Gesundheitswesen verantwortlichen Organisationen anrennen würde. „Wir sind kein Staat im Staate, der für sich eigene Gesetzmäßigkeiten in Anspruch nehmen kann. Wir sind vielmehr Teil eines sozialpolitisch ausgerichteten Gemeinwesens, das sich gerade aus der ärztlichen Grundauffassung heraus seiner Sozialpflichtigkeit bewußt sein muß.“

Auch der Kassenarzt müsse die Gewißheit einer feststehenden angemessenen Vergütung für die von ihm erbrachte einzelne Leistung vor deren Leistungserbringung bekommen. Ohne eine darauf abzielende Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung drohten dem System der Krankenversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung Verwerfungen, die in anderen Leistungsbereichen zur Verteuerung führten und damit die Finanzierbarkeit der Krankenversicherung erst recht gefährdeten. Drei Punkte fanden die Zustimmung im Saal; im Wortlaut:

① „Die als Folge einer pauschalisierten Gesamtvergütung bestehende Ungewißheit über die endgültige Hö-

he der im jeweiligen Quartal bestehenden Vergütungshöhe für die erbrachten ärztlichen Leistungen führt tendenziell zu einer nicht gewollten Leistungsentwicklung. Der Sachverständigenrat nennt dies in seinem Gutachten „Rationalitätenfalle“. Je mehr Leistungen die Kassenärzte erbringen, desto geringer wird die Vergütung für die einzelne Leistung. Daraus folge zwangsläufig längerfristig ein Zustand, in dem die Forderung des Gesetzes nach angemessener Vergütung der Leistung nicht mehr erfüllt sei. Besser kann die jetzige Entwicklung nicht beschrieben werden. Aus dieser sich immer schneller drehenden Spirale des Punktwertverfalls müssen wir heraus, wenn unsere ambulante Versorgung auch in Zukunft leistungsfähig bleiben soll!

② Insbesondere die allgemein anerkannte notwendige Intensivierung der ambulanten Versorgung zur Vermeidung von Mehrausgaben in anderen Leistungsbereichen kann nur dann erreicht werden, wenn erforderliche Leistungen zum Beispiel in der vorstationären Diagnostik und im ambulant-operativen Bereich nicht zur Punktwertreduzierung im gesamten ambulanten Versorgungsbereich führen. In der einzigen Empfehlung, die auf der Konzertierte Aktion gemeinsam beschlossen wurde, ist auf unser Betreiben die zur Vermeidung unnötiger Krankenhauseinweisungen erforderliche Intensivierung der ambulanten Versorgung und die angemessene Vergütung entsprechender Leistungen ausdrücklich gefordert worden.

③ Die im jetzigen Vergütungssystem enthaltene Trennung in pauschaliert vergütete Leistungen und nach Einzelleistung vergütete, aus den Pauschalen ausgegliederte Leistungen führt – jedenfalls langfristig – zu erheblichen Punktwertverschiebungen und zu nicht zu rechtfertigenden Vergütungs differenzierungen innerhalb der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztgruppen. Die Ausgliederung von bestimmten Leistungsbereichen aus einer im übrigen fortbestehenden pauschalierten Gesamtvergütung ist nicht der richtige Weg zur Gewährleistung einer sachgerechten Vergü-

tung kassenärztlicher Tätigkeit und deswegen von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auch nur als Übergangsregelung auf dem Wege zu einer Einzelleistungsvergütung akzeptiert worden.“

Deutlich wurde die Verhandlungsführung des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit der Zielsetzung „Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung“ herausgestellt. Wenn die Krankenkassenverbände die von ihnen zunächst mitgetragenen und unterschriftsreifen Vereinbarungen in letzter Sekunde doch nicht abgeschlossen hätten, sei dies auf politischen Druck zurückzuführen. Die überzogene Angst vor angeblich unkontrollierbaren Leistungsentwicklungen habe auf der Krankenkassenseite zum Scheitern der bereits ausgehandelten Vereinbarungen geführt.

### Die wesentlichen Ursachen für das Scheitern . . .

Im Vorfeld der Verhandlungen zum Abschluß einer Bundesempfehlung für die Weiterentwicklung der kassenärztlichen Gesamtvergütung habe es allerdings auch innerärztliche Einwände gegen die Empfehlung eines Punktwertkorridors für die Bewertung von Leistungen in einem Einzelleistungsvergütungssystem unter gleichzeitiger Festlegung einer Begrenzung der Leistungsbedarfsentwicklung gegeben. Von einigen Kassenärztlichen Vereinigungen sei der Punktwertkorridor im oberen Bereich als zu niedrig, von anderen der untere Bereich als nicht hoch genug kritisiert worden.

Die persönliche Wertung des KBV-Vorsitzenden konnte an dieser Stelle nicht ausbleiben: „Ich wage die Behauptung auszusprechen, daß letzten Endes dieses Gerangel um den Punktwertkorridor und die Ausgestaltung einer mit einer Einzelleistungsvergütung von vor Neufassung des EBM immer verbundenen Begrenzungsregelung der Leistungsbedarfsentwicklung zum endgültigen Scheitern der Bundesempfehlung maßgeblich beigetragen hat. „Mit dem sogenannten Bundesgesamtver-

tragskassen ist es – so Oesingmann – hingegen zu einem Abschluß gekommen, der dem angestrebtem Ergebnis die Bundesempfehlung weitgehend entspricht.

### . . . der Bundesempfehlung liegen auf Landesebene

Die wesentlichen, von den Spitzenverbänden der Krankenkassen mitgeteilten Ursachen für das Scheitern der Bundesempfehlung liegen eindeutig auf der Landesebene. Dazu gab der KBV-Vorsitzende folgende Hintergründe bekannt:

① Der Punktwertabstand zwischen dem Honorarverteilungspunktwert einiger regionaler Krankenkassen, wie zum Beispiel der AOK Aachen, und dem unteren Ende des Punktwertkorridors schien einigen Landesverbänden der Krankenkassen zu hoch, um die Bundesempfehlung akzeptieren zu können.

② Die imperative bayerische Mandatserteilung durch den Geschäftsführer des AOK-Landesverbandes in Bayern, diese Empfehlungsvereinbarung „zu kippen“, hat sich besonders negativ auf das Verhandlungsergebnis innerhalb des AOK-Bundesverbandes ausgewirkt. Negative bayerische Erfahrungen mit fehlgeschlagenen, auf Folgequartale verlagerten Verrechnungsmodalitäten bei überproportionaler Leistungsentwicklung haben zur apodiktischen Forderung eines Ausgleiches im jeweiligen Abrechnungsquartal geführt und damit die Vereinbarung fester Punktwerte bei realer Betrachtungsweise verhindert.

③ Die für den LdO Rheinland ohnehin bestehenden Schwierigkeiten mit den Einzelkrankenkassen, durch Finanzausgleich die Anhebung des Verteilungspunktwertes auf den unteren Punktwertkorridor zu ermöglichen, sind durch den unmittelbar vor den entscheidenden Beratungen der Krankenkassenverbände gefaßten Beschluß der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein mit einer strikten Bindung des Vorstandes an ein Verhandlungsergebnis von mindestens 13 Pfennig Punktwert oh-



ne jede Mengenbegrenzung so ange-reichert worden, daß sich dieser Landesverband ebenfalls massiv ge-gen den Abschluß einer Bundesempfehlung ausgesprochen hat. Die Sinnhaftigkeit einer Bundesempfehlung wurde verneint, weil für diese Kassenärztliche Vereinigung der Weg zum Schiedsamt ohnehin un-vermeidbar sei.

Im folgenden gab Dr. Oesing-mann einen konkreten Zielkatalog an, den wir wiederum wörtlich zitieren:

### **Honorarpolitische Leitlinie – ein 7-Punkte-Katalog**

► „Für die Kassenärzte in den fünf neuen Bundesländern muß zum 1. Januar 1992 eine angemessene Punktwertanhebung zum Ausgleich der zwischenzeitlich eingetretenen Kostenentwicklung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen auf der Basis des Rahmengesamtvertrages vereinbart werden. Eine grundsätzliche Bereitschaft zu einer entsprechenden Anhebung des vereinbarten einheitlichen Punktwertes von 7 Pfennig ist nach Vorliegen der endgültigen Abrechnungsergebnisse des I. und II. Quartales 1991 bei den Spitzenverbänden der Krankenkassen vorhanden. Die Anhebung des Einzeleinstellungsvergütungspunktwertes darf den Charakter der Vergütungsvereinbarung als Einzeleinstellungsvergütung nicht tangieren, da ansonsten bei Festlegung eines Honorardeckels oder einer Honorarbegrenzungsregelung erhebliche Negativeffekte auf die Niederlassungsbereitschaft der noch an Polikliniken und Krankenhäusern im Anstellungsverhältnis tätigen Ärzte zu erwarten wären. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wird gemeinsam mit den Kassenärztlichen Vereinigungen in den fünf neuen Bundesländern eine Punktwertanhebung auf 8 Pfennig beginnend mit dem 1. Januar 1992 fordern. Bis zum Ende des Jahres 1992 erwarten wir eine völlige Angleichung der Punktwerte.“

► Das Scheitern der Abgabe einer Empfehlung zur Weiterentwicklung der Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung in

der Konzertierten Aktion hat gesetzlich die Verpflichtung der Vertragspartner auf Bundesebene zur Folge, eine gemeinsame und einheitliche Bundesempfehlung zu vereinbaren. Bleiben die Spitzenverbände der Krankenkassen bei ihrer ablehnenden Haltung für eine Rückkehr zur Einzeleinstellungsvergütung mit entsprechend modifizierter Begrenzungsregelung für die Entwicklung des Leistungsbedarfs, wird es eine solche Bundesempfehlung nicht geben. Es bleibt abzuwarten, ob und wie sich die Erklärung der Bundesgesundheitsministerin auf das weitere Verhalten der Bundesverbände auswirken wird. Folge eines Scheiterns dieser Verhandlungen auf Bundesebene ist die Regionalisierung der Vertragsabschlüsse ohne bundeseinheitliche Vorgabe. Die Rückkehr zur Einzeleinstellungsvergütung müßte notfalls bei fehlender Bereitschaft der Krankenkassenverbände vor dem Schiedsamt geltend gemacht werden. Dabei wäre gleichzeitig der Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung der kassenärztlichen Tätigkeit einzufordern, wie die Kassenärztliche Bundesvereinigung dies im Schiedsamtverfahren mit der Bundesknappschaft bereits getan hat.

► Das System der kassenärztlichen Versorgung darf so lange nicht mit neuen Leistungen belastet werden, wie deren Finanzierung außerhalb bestehender pauschalierter Formen der Gesamtvergütung nicht sichergestellt ist. Neue Leistungen können daher bis zur Aufnahme in den EBM ausschließlich im Rahmen eines privaten Behandlungsverhältnisses erbracht werden.

► Wir müssen unseren Vertragspartnern deutlich aufzeigen, daß die auch aus unserer Sicht notwendige Weiterentwicklung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes so lange nicht sachgerecht möglich ist, wie durch weit auseinanderliegende von Quartal zu Quartal variierende Honorarverteilungspunktwerte keine tragfähige Punktwertbasis für die Festlegung von Bewertungsrelationen besteht.

► Wir müssen unsere Vertragspartner ebenso eindringlich darauf aufmerksam machen, daß dem

Grundsatz, soviel ambulant wie möglich, soviel stationär wie nötig, so lange nicht wirksam entsprochen werden kann, wie der Arzt mit jeder neuen Leistung nicht nur seinen, sondern auch den Punktwert insgesamt schmälert. Dies bedeutet auch für die Zukunft vermeidbare Krankenhauspflegebetten, wobei, wie Sie wissen, die Ausgaben für zwei Pflegebetten ausreichen, um die ambulante ärztliche Behandlung eines Versicherten für ein ganzes Jahr zu finanzieren.

► Nach wie vor steht auf der Grundlage des neugefaßten Bundesmantelvertrages eine Vereinbarung zur Vergütung ärztlicher Bescheinigungen auf Verlangen der Krankenkassen aus. Solange unsere Patienten auf derartige Bescheinigungen angewiesen sind, um ihnen zustehende soziale Rechte in Anspruch zu nehmen, ist es eine selbstverständliche Pflicht des Kassenarztes, seinen Patienten derartige Bescheinigungen zeitgerecht zur Verfügung zu stellen. Bei Bescheinigungen anderer Art, die zum Beispiel vom Medizinischen Dienst in großer Regelmäßigkeit vom Arzt verlangt werden, ist bis zur Vereinbarung entsprechender Vergütungsregelungen Zurückhaltung angezeigt.

### **Auch auf Fehlentwicklungen bei den Kassen achten!**

► Fehlentwicklungen in der Einhaltung des Gebotes der Wirtschaftlichkeit durch die Krankenkassen und durch die Politik in bezug auf die Ermöglichung und Finanzierung wissenschaftlich nicht anerkannter oder unwirtschaftlicher Leistungen sollten über die Kassenärztlichen Vereinigungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bekannt gemacht werden, damit sie in die Verhandlungen mit den Krankenkassenverbänden und in die politischen Gespräche über verfügbare Finanzierungsmöglichkeiten der Krankenkassen eingebracht werden können.“

Viel Beifall gab es von den Delegierten für diese nüchterne Analyse der Vorstandsarbeit und der gesundheitspolitischen Gesamtlage. EB