

niederlassungswillige Ärzte, die in ihrer Konsequenz einem Berufsverbot gleichkämen. In diesem Zusammenhang hält der Präsident der Bundesärztekammer die Anrufung des Bundesverfassungsgerichts durch die Ärzteschaft für möglich.

Kritik und Widerspruch ernten die Lahnsteiner Beschlüsse un-

terdessen auch von zahlreichen Verbänden und Gruppierungen des Gesundheitswesens. Ein Schwerpunkt der Stellungnahmen liegt dabei auf dem schon für 1993 vorgesehene Risikostrukturausgleich zwischen allen Kassenarten. Näheres dazu berichtet das Deutsche Ärzteblatt in seiner nächsten Ausgabe. JM

Eckpunkte für den Entwurf eines Gesundheits-Strukturgesetzes

Verzahnung der ambulanten und der stationären Versorgung

Ambulante und stationäre Behandlung werden besser verzahnt.

a. Vor- und nachstationäre Behandlung

Die Krankenhäuser erhalten die Möglichkeit, zur stationären Behandlung eingewiesene Patienten zeitlich befristet auch ohne Unterkunft und Pflege zu behandeln, um sie auf die vollstationäre Behandlung vorzubereiten oder deren Erforderlichkeit zu klären (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluß an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung zum frühestmöglichen Zeitpunkt aus dem Krankenhaus zu entlassen und den Behandlungserfolg zu sichern (nachstationäre Behandlung).

Eine bundesgesetzliche Rahmenregelung wird mit folgenden Grundsätzen geschaffen:

– Die vorstationäre Behandlung erstreckt sich auf längstens drei Behandlungstage innerhalb von fünf Tagen. Die nachstationäre Behandlung darf sieben Behandlungstage nicht überschreiten.

– Die erforderlichen Informationen werden zwischen dem einweisenden Arzt und dem Krankenhaus ausgetauscht. Insbesondere unterrichtet das Krankenhaus den einweisenden Arzt über die vor- und nachstationäre Behandlung.

– Die Vergütung der Leistungen wird auf Landesebene von den Krankenkassen und der Landeskrankenhausesgesellschaft im Benehmen

mit der Kassenärztlichen Vereinigung vereinbart. Sie soll pauschaliert werden und so gestaltet sein, daß eine Verminderung der stationären Kosten erreicht wird. Kommt eine Vereinbarung über die Vergütung nicht zustande, entscheidet die Schiedsstelle.

– Die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft können im Benehmen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Empfehlungen zur Vergütung geben, die eine sofortige Einführung ermöglichen.

– Das Budget für die Jahre 1993 bis 1995 bleibt unverändert. Während dieses Zeitraumes wird der Erlös aus der vor- und nachstationären Behandlung auf das Krankenhausbudget angerechnet. Ersparnisse verbleiben beim Krankenhaus.

Die Ausfüllung oder Erweiterung der bundesgesetzlichen Rahmenregelung erfolgt auf Landesebene durch die gemeinsame Selbstverwaltung.

b. Ambulantes Operieren

Die Möglichkeit des ambulanten Operierens in Krankenhaus und Arztpraxis wird ausgebaut.

– Die Deutsche Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen vereinbaren in einem dreiseitigen Vertrag:

● einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen,

● einheitliche Vergütungssätze für ambulante Operationsleistungen in Kassenarztpraxis und Krankenhaus sowie

● Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

– Die Krankenhäuser sind auf der Grundlage des gemeinsamen OP-Kataloges zum ambulanten Operieren zugelassen.

– Kommt bis zum 31. März 1993 ein Vertrag nicht zustande, erfolgt eine Regelung durch Rechtsverordnung der Bundesregierung mit Zustimmung des Bundesrates. Die Bundesregierung leitet die Rechtsverordnung dem Bundesrat bis zum 30. 6. 1993 zu. Bis zum Inkrafttreten einer derartigen Regelung sind die Krankenhäuser auf der Grundlage des geltenden EBM längstens bis zum 31. 12. 1994 zum ambulanten Operieren zugelassen.

– Die genannten Spitzenverbände können darüber hinaus einen gemeinsamen Honorartopf schaffen, der zu gleichen Teilen durch Mittel aus dem kassenärztlichen Gesamtbudget und Mittel aus den Budgets der Krankenhäuser (soweit operativ tätig) finanziert wird.

– Unabhängig vom Abschluß eines dreiseitigen Vertrages oder Erlaß einer Rechtsverordnung können Krankenhäuser Operationen teilstationär durchführen. Hierfür sollen Krankenkassen und Krankenhäuser leistungsgerechte Vergütungen vereinbaren, die dem Ziel Rechnung tragen, Patienten möglichst teilstationär – und nicht mehr vollstationär – zu behandeln. Die Erlöse der Krankenhäuser aus diesen Operationen von 1993 bis 1995 werden auf das Krankenhausbudget angerechnet.

– Die finanziellen Mittel zur Durchführung ambulanter Operationen durch Kassenärzte werden in ein eigenständiges kassenärztliches Budget eingebracht. Die Höhe der Mittel entspricht zunächst den insgesamt im Jahre 1991 hierfür angefallenen Vergütungen. Die Vergütung wird 1992 entsprechend der Grundlohnentwicklung erhöht. Von 1993 bis 1995 wird das Budget um jährlich 10 v. H. erhöht.

Kostenerstattung an das Krankenhaus aus privatärztlicher Liquidation/Gebührenminderung

Für die Neuregelung der Kostenerstattung an das Krankenhaus

aus privatärztlicher Liquidation werden zur Rechtssicherheit bei bestehenden Chefarztverträgen sowie zur teilweisen Erhaltung finanzieller Spielräume der Krankenhäuser in den Jahren 1993 bis 1995 – bei im wesentlichen gleichem Entlastungseffekt zugunsten der GKV – folgende Differenzierungen vorgesehen:

a. Grundregelung für bestehende Verträge (Altverträge)

– Die Kostenerstattung beträgt 85 v. H. der vertraglich vereinbarten Nutzungsentgelte. 15 v. H. der Nutzungsentgelte verbleiben danach dem Krankenhaus.

– Die GOÄ-Gebührenminderung wird von bisher 15 v. H. auf 25 v. H. erhöht.

– Der bisherige Wahlarztabschlag (5 v. H. des Pflegesatzes) entfällt.

b. Übergangsregelung 1993 bis 1995 für Altverträge

– Zur zusätzlichen Entlastung der Krankenhäuser während der Budgetierungsphase wird die Kostenerstattung nach Buchstabe a (85 v. H. der vertraglichen Nutzungsentgelte) in folgenden Stufen eingeführt:

1993 bis 1995: 60 v. H. der Kostenerstattung

ab 1996: 100 v. H. der Kostenerstattung

– Die Erhöhung der GOÄ-Gebührenminderung um 10 v. H. wird ausgesetzt. Stattdessen werden 10 v. H. der GOÄ-Gebühren zur Entlastung des Krankenhausbudgets als zusätzliche Kostenerstattung der Chefärzte eingebracht.

– Der Wahlarztabschlag wird beibehalten.

c. Grundregelung für Neuverträge

– Die Kostenerstattung wird nach medizinisch-technischen und persönlichen Leistungen wie folgt differenziert:

● technische Leistungen 40 v. H. GOÄ-Gebühren

● persönliche Leistungen 20 v. H. GOÄ-Gebühren. Daraus ergibt sich im Durchschnitt eine Kostenerstattung von 25 v. H. der Gebühren.

● Die GOÄ-Gebührenminderung wird von bisher 25 auf 15 v. H. erhöht.

● Der bisherige Wahlarztabschlag entfällt.

d. Übergangsregelung 1993–1995 für Neuverträge

Zur einheitlichen Rechtsanwendung in den Krankenhäusern bei Wahlarztpatienten bleibt von 1993 bis 1995 der Wahlarztabschlag bestehen.

Ambulante ärztliche Versorgung

Hausärztliche Versorgung

Die hausärztliche Versorgung soll qualifikatorisch, finanziell (durch eine verbesserte Vergütung) und organisatorisch gefördert werden. Die Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen erhält den Auftrag, bis zum 1. 1. 1994 die Struktur der Laborleistungen neu zu ordnen. Strukturverbesserungen in diesem Sektor kommen der hausärztlichen Versorgung zugute.

Fallpauschalen/ Leistungskomplexhonorar

Die Selbstverwaltung hat bis Ende 1995 für Allgemeinärzte Fallpauschalen bzw. Leistungskomplexhonorare einzuführen; soweit dies medizinisch erforderlich ist, können Einzelleistungshonorierungen vorgesehen werden. Für alle anderen Ärzte sollen alsbald spätestens ab 1995 solche Vergütungsformen eingeführt werden.

Ambulantes Operieren

Zur Förderung des ambulanten Operierens wird das bisherige Vergütungsvolumen außerhalb der Gesamtvergütung in einem besonderen Budget erfaßt; dieses Budget wird in den Jahren 1993 bis 1995 um jeweils 10 v. H. erhöht.

Polikliniken/Fachambulanzen

Die am 1. 10. 1992 bestehenden ärztlich geleiteten Einrichtungen in den neuen Bundesländern bleiben für die Zeit nach 1995 zur ambulanten Versorgung zugelassen.

Verträge über die ambulante Versorgung

Die Vereinbarungen über die kassenärztliche/vertragsärztliche

Versorgung werden von allen Kassenarten auf der Ebene der kassenärztlichen Vereinigungen/kassenzahnärztlichen Vereinigungen getroffen. Der Verhandlungsführer muß Abschlußvollmacht haben. Die Verhandlungen können auch von allen Kassenarten gemeinsam geführt werden.

Beschränkung der Zahl der Kassenärzte/Kassenzahnärzte

Die Regelungen zur Beschränkung der Zahl der Kassenärzte (Bedarfszulassung, Altersgrenze, verschärfte Bedarfsplanung) werden wie folgt ergänzt:

a. Bedarfszulassung ab 1. 1. 1999:

Die regionalen Bedarfspläne können für das jeweilige Versorgungsgebiet die Besetzung zusätzlicher Kassenarztsitze vorsehen, wenn dies zur Wahrung der Qualität der ärztlichen Versorgung in dem betreffenden Gebiet unerlässlich ist. Auf der Grundlage von Richtlinien der Bundesausschüsse kann die Bildung von ärztlichen Zusammenschlüssen bei der Entscheidung über Kassenzulassung gefördert werden.

b. Altersgrenze für Kassenärzte und Kassenzahnärzte ab 1. 1. 1999:

Die Zulassung der Kassenärzte und Kassenzahnärzte endet ab 1. 1. 1999 nicht mit Vollendung des 65. sondern mit Vollendung des 68. Lebensjahres. Ausnahmen von der Altersgrenze werden für den Fall vorgesehen, daß der Kassenarzt zu diesem Zeitpunkt weniger als 20 Jahre als Kassenarzt tätig war und seine Kassenzulassung bereits vor dem 1. 1. 1993 erworben hat.

c. Verschärfte Bedarfsplanung ab 1. 1. 1993:

Die Bundesausschüsse bestimmen über Vorgaben für die Besetzung zusätzlicher Kassenarztsitze, soweit diese zur Wahrung der Qualität der ärztlichen Versorgung auf regionaler Ebene unerlässlich sind.

Sicherstellung der kassenärztlichen/ kassenzahnärztlichen Versorgung

Vorsorge kraft Gesetzes für den Fall des kollektiven Ausstiegs von

Ärzten/Zahnärzten aus der kassenärztlichen/kassenzahnärztlichen Versorgung.

*Änderungen im Zulassungsrecht/
im Recht der Sicherstellung
der kassenärztlichen/kassenzahn-
ärztlichen Versorgung*

a) Für den Fall einer Funktionsunfähigkeit durch kollektiven Rücktritt oder kollektive Verweigerung von Organen der KVen/KVZEn wird die Möglichkeit geschaffen, die Vereinigung durch die Aufsicht kommissarisch verwalten zu lassen.

b) Ist die kassenärztliche/kassenzahnärztliche Versorgung – nach Feststellung durch die Aufsichtsbehörde – in einem Zulassungsbezirk oder einem Gebietsteil nicht mehr sichergestellt (mehr als 50% aller niedergelassenen Ärzte/Zahnärzte haben die Zulassung zurückgegeben), erfüllen die Krankenkassen den Sicherstellungsauftrag unter Mitwirkung der Kassenärztlichen/Kassenzahnärztlichen Vereinigungen. Die Krankenkassen haben dann die Möglichkeit, z. B. Einzel- oder Gruppenverträge zu schließen, Eigenrichtungen aufzubauen, angestellte Ärzte/Zahnärzte zuzulassen oder Krankenhausambulanzen zu nutzen.

c) Kassenärzte/Kassenzahnärzte, die im Rahmen eines aufeinander abgestimmten Verhaltens ihre Zulassung zurückgegeben haben, können sich frühestens nach sechs Jahren erneut um eine Zulassung bewerben.

d) Läßt sich ein Versicherter durch einen Arzt/Zahnarzt behandeln, der seine Zulassung nach c) zurückgegeben hat, zahlt die Krankenkasse die Vergütung mit befreiender Wirkung an den Arzt/Zahnarzt. Der Versicherte hat gegenüber dem Arzt/Zahnarzt keine Zahlungspflicht.

Änderungen im Gebührenrecht

Behandelt ein Arzt/Zahnarzt, der seine Zulassung nach c) zurückgegeben hat, einen Versicherten, wird sein Honoraranspruch auf den einfachen Satz der GOÄ/GOZ begrenzt. Weitergehende Ansprüche des Arztes/Zahnarztes gegen den Patienten oder die Krankenkasse bestehen nicht. Eine Abdingung dieser Begrenzung ist nicht zulässig. □

„IBM-Jugendstudie '92“: Harsche Kritik an Bonn

Blick nach vorn: Jugend zeigt sich selbstbewußt

„No future“ hat abgedankt, Deutschlands Jugend schaut selbstbewußt in die Zukunft. Doch die IBM-Jugendstudie zeigt auch andere Tendenzen: Frust, Staatsverdrossenheit und Rechtsradikalismus sind auf dem Vormarsch.

Ost- und westdeutsche Jugendliche unterscheiden sich in ihrer beruflichen wie privaten Lebensplanung kaum noch voneinander. Ausbildungs-, Studien- und Arbeitsplätze, Erfolg im Beruf sowie persönliches Glück in Partnerschaft und Familie sind die Hauptwünsche der jungen Generation. Das ist das zentrale Ergebnis einer Jugendstudie, die das Kölner Institut für Empirische Psychologie (IFEP) im Auftrag der IBM Deutschland GmbH durchführte. Befragt wurden 2016 junge Menschen im Alter von 16 bis 24 Jahren, die zu persönlichen wie gesellschaftspolitischen Problemen Stellung nahmen.

Nur noch gut 30 Prozent aller Interviewten sind heute mit ihrer persönlichen Lebenssituation zufrieden. Damit erreichte dieser wohl wichtigste Indikator der Grundstimmung in der jungen Generation im Vergleich zu den Vorjahren einen absoluten Tiefpunkt. Allerdings blicken immer noch 54 Prozent – und damit nur ein Prozentpunkt weniger als vor zwei Jahren – eher zuversichtlich in die Zukunft.

Die größte Sorge der Heranwachsenden in den alten Bundesländern ist die weltweite Umweltbelastung. Mehr als zwei Drittel halten die deutsche Umweltgesetzgebung für nicht streng genug. Anders im Osten: Hier ist die wachsende Arbeitslosigkeit das zentrale Thema. Damit hat sich an den Hauptsorgen der Jugendlichen in Ost und West nichts geändert. Allerdings gewannen Ängste – etwa vor Krankheit oder familiärem Unglück –, die 1990 unter dem Eindruck der Umbruchsituation in Deutschland in den

Hintergrund getreten waren, wieder an Bedeutung.

Optimismus demonstrieren die Befragten in Sachen AIDS: Zwar bescheinigen 80 Prozent den Deutschen einen immer noch zu sorglosen Umgang mit der Krankheit, 71 Prozent der Heranwachsenden im Westen und sogar 85 Prozent im Osten glauben jedoch, daß schon in den nächsten Jahren ein Heilmittel gefunden werden wird. Eine Diskriminierung von AIDS-Kranken lehnen vier von fünf jungen Menschen ab.

60 Prozent: „Ausverkauf der Ost-Wirtschaft“

Enttäuscht zeigen sich die Jugendlichen von der ökonomischen Entwicklung in den neuen Bundesländern. Drei Viertel der 16- bis 24jährigen im Osten und immerhin noch die Hälfte der Gleichaltrigen im Westen der Bundesrepublik sehen hier ihre Hoffnungen nicht erfüllt. Als Ursachen nennen sie den „Ausverkauf und den Abschwung der Ost-Wirtschaft“ sowie die steigende Arbeitslosigkeit. Als Verantwortlichen für die Misere sehen 44 Prozent aller Befragten die Unternehmen. Sie sollten, so der Tenor, mehr Ausbildungs- und Praktikumsplätze schaffen, Freizeitbereiche großzügiger unterstützen sowie Arbeitsplatz- und Übernahmegarantien abgeben.

Verbunden ist die Verärgerung mit einer teilweisen Rückbesinnung auf sozialistische „Errungenschaften“. Beantworteten 1990 noch beinahe alle Interviewten aus den alten Bundesländern die Frage, was ihnen an der damaligen DDR erhaltens-