

Ersatzkassen-Offensive: „Solidarische Wettbewerbsordnung“

SPD-Workshop diskutiert Alternativen in der ambulanten Versorgung

Die Ersatzkassen-Verbände (Angestellten-Ersatzkassen- und Arbeiter-Ersatzkassenverband) wollen sich rechtzeitig zum Inkrafttreten des kassenartenübergreifenden Risikostrukturausgleichs (am 1. Januar 1994) und vor der Liberalisierung des Beitrittsrechts ab 1996/97 auf die geänderten Rahmenbedingungen und die verschärfte Wettbewerbssituation auf dem Krankenkassenmarkt einstellen. „Mehr Wettbewerb und Auflockerung sowohl der Beitrags- als auch der Leistungsseite“ lautet die Devise einer aus der Sicht der Ersatzkassen notwendigen und überfälligen „solidarischen Wettbewerbsordnung und Politik einer Entmonopolisierung“ der Krankenversicherung. Dabei geht es nach den Bekundungen der Sprecher der Ersatzkassen nicht um die Forcierung eines ungezügelter Leistungswettbewerbs und einer Ausuferung der Service- und Satzungsleistungen, sondern vielmehr um die Ausschöpfung von Rationalisierungs- und Wirtschaftlichkeitsreserven, um mehr Leistungseffizienz zugunsten der Versicherten.

Bei einem Expertenforum über „Die Zukunft der ambulant-ärztlichen Versorgung unter den Bedingungen des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993“, veranstaltet von der Arbeitsgemeinschaft der Sozialdemokratinnen und Sozialdemokraten im Gesundheitswesen (ASG) Ende November in Köln, war der Geschäftsführer der Ersatzkassen-Verbände, Dr. med. Eckart Fiedler, Siegburg, sichtlich darum bemüht, alle Register einer am Gemeinwohl und den Interessen der Versicherten orientierten Wettbewerbspolitik zu ziehen. Wettbewerb, ein konstitutives Element der Marktwirtschaft und der ordoliberalen Wirtschaftsordnung, stets mit einem positiven Inhalt unterlegt, müsse auch in modifizierter Form im Zuge der dritten Stufe zur Struktur-

reform im Gesundheitswesen Platz greifen, postulierte Fiedler beim Kölner Forum. Wettbewerb nutze das legitime und gewollte Streben nach dem unternehmenspolitischen Vorteil, um das übergeordnete Gemeinwohl zu sichern, so ein Axiom eines bereits im Sommer 1993 vorgestellten Strategie-Papiers zur Standortbestimmung der Ersatzkassen.

Von solidarischem Wettbewerb sei bislang im Krankenkassenmarkt wenig zu spüren. Ganz im Gegenteil! Das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) Marke Dreßler/Seehofer habe mit seinen zahlreichen Genehmigungsvorschriften und Ersatzvornahmen der Vereinheitlichung weiter Vorschub geleistet. Dies manifestiere sich durch den im GSG eingeführten Zwang zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln der Krankenkassenarten. Die bislang differierenden kassenartenspezifischen Regelungen wurden für alle Kassenarten vereinheitlicht. Nicht ins Konzept der Ersatzkassenpolitik paßt offenbar das vertragsärztliche System mit gemeinsamen Wirtschaftlichkeitsprüfungen, gemeinsamen Schiedsämtern, gemeinsamen Arznei- und Heilmittelbudgets sowie einem einheitlichen Zulassungsrecht.

Wichtige Weichenstellung

Dagegen sind die ebenfalls mit dem Gesundheitsstrukturgesetz installierte Wahlfreiheit der Versicherten und der Risikostrukturausgleich aus der Sicht der Ersatzkassen eine wichtige Weichenstellung für einen effizienzsteigernden Wettbewerb innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieser Spielraum müsse jetzt genutzt werden. Im Zuge des Strukturausgleichs müßten aber den Krankenkassen neue Wettbewerbsfelder eingeräumt werden, die sie au-

tonom besetzen können, postulieren die Ersatzkassen. Der Risikostrukturausgleich müsse eine Risikoselektion verhindern und egalitäre Startchancen und Wettbewerbsgleichheit zwischen den Krankenkassen und den Kassenarten schaffen. Dies setze allerdings voraus, daß das Leistungsspektrum kassenartenübergreifend *einheitlich* festgelegt wird. Nur so könnten ein kostensteigernder Wettbewerb verhindert und Beitragsstabilität gewährleistet werden. Auch müsse verhindert werden, daß der groß angelegte Risikostrukturausgleich dazu eingesetzt wird, um ein besonders weit aufgefächertes Leistungsangebot und Sonderleistungen (etwa: Akupunktur) zu Lasten Dritter rezufinanzieren. Eines könne der Strukturausgleich aber nicht bewirken: eine völlige Angleichung der Beitragssätze und eine totale Verengung des Beitragskorridors. Vielmehr müsse auch künftig der Beitragssatz die Effizienz und Wirtschaftlichkeit einer Krankenkasse widerspiegeln.

Vornehmlich im Vertragsrecht sehen die Ersatzkassen Wettbewerbschancen. Insofern sei den Krankenkassen aufgetragen, mit den Vertragspartnern ständig neue Versorgungsalternativen auszuhandeln und attraktiv zugunsten der Versicherten abzuschließen. Im Vordergrund stehe nicht so sehr die Minimierung der Ausgaben. Vielmehr müsse ein optimales Verhältnis von Qualität, Menge und Preis der Leistungen bestehen, so Fiedler. Dem entsprechend müsse der Zwang zu gemeinsamen und einheitlichen Vertragsabschlüssen fallen.

Und noch einen Schritt geht Fiedler weiter, indem er fordert zu prüfen, welche gemeinsamen und einheitlichen Regelungen auf der Seite der Ärzte im Rahmen des Sicherstellungsauftrages noch erforderlich sind. Ihm schwebt eine Balan-

ce sowohl auf der Nachfrage- als auch auf der Angebotsseite vor. Auf beiden Seiten müssen Flexibilität und Vielfalt geschaffen werden.

Konkret postulieren die Ersatzkassen, daß in einem wettbewerblich orientierten Vertragssystem über Vergütungsformen, -höhen und -ebenen verhandelt werden müsse. So sollten einzelne Kassenarten Leistungskomplexe autonom definieren und bewerten und eigene Vertragsgebührenerordnungen entwickeln. Grundlage dafür könne ein einheitliches Leistungsspektrum sein, das zum Beispiel durch den Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen festgelegt werden könnte. Die Kassenarten könnten die Bewertungsrelationen eigenständig vornehmen. Aber auch „Vertragspakete“ könnten in einem solchen Vertragssystem vereinbart werden.

Denkbar seien auch Gestaltungsformen von differenzierten Pauschalen, die in Verträgen mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart werden könnten. So sei es denkbar, Fachärzte in erster Linie auf Überweisung nach Einzelleistung abrechnen zu lassen, für Primärärzte dagegen ein differenziertes System von Pauschalen vorzuschreiben. Für Ärzte in großen Gemeinschaftspraxen, so die Ersatzkassen, könnte eine Pauschale vereinbart werden, die den gesamten Behandlungsfall umfaßt. In einer solidarischen Wettbewerbsordnung sei die Qualitätssicherung eine *conditio sine qua non*. Leistungs- und Qualitätswettbewerb müßten eine Einheit bilden.

Aktuelle Sorgen der Vertragsärzte

Auf die Niederungen der Tagespolitik führte der Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. jur. Rainer Hess, Köln, das Auditorium. Das Gesundheitsstrukturgesetz habe herbe Einschnitte vor allem bei den niedergelassenen Vertragsärzten mit sich gebracht. Viele Bestimmungen seien realitätsfern und kaum umsetzbar. Einer dringenden Gesetzesänderung bedarf es aus der Sicht der KBV bei der Bedarfsplanung. Diese dürfe

nicht wie bisher ausschließlich auf die Einzelzulassung abgestellt werden, sondern müsse vielmehr auch im Hinblick auf die wachsende Arztlzahl auf Kooperationsformen und Formen der gemeinsamen ärztlichen Berufsausübung ausgerichtet werden. Nur so könne der ambulante Bereich flexibel auf die Herausforderungen reagieren und den Trend zur Gemeinschaftspraxis, Praxisgemeinschaft und „Gesundheitszentren“ verstärken. Auch die Notwendigkeit, Teilzeitkräfte zu beschäftigen und Ärzten die Möglichkeit einzuräumen, Dauerassistenten zu beschäftigen, erfordere mehr Kreativität sowohl beim Gesetzgeber als auch bei den Betroffenen.

Die von der KBV betriebene Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sei ein notwendiger Schritt unter den Rahmenbedingungen des GSG und der zeitlich befristeten Ausgabendeckelung. Auch Leistungskomplexhonorare, soweit sie medizinisch sinnvoll sind, trügen zur Verwaltungsvereinfachung bei und könnten durchaus leistungsbezogen sein, kommentierte Hess. Wer sich allerdings der Illusion hingibt, durch Umbewertung und Abstaffelungen etwa im Laborkapitel oder bei den technischen Verrichtungen des Arztes könnten soviel Mittel „freigeschaufelt“ werden, um die Aufwertung der hausärztlichen Grundleistungen zu finanzieren, befinde sich auf dem Holzweg. Hier müßten die Krankenkassen schon „Butter bei die Fische tun“, um zu dem angestrebten Ziel zu gelangen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung wendet sich gegen Bestrebungen, die Krankenhäuser weit für das ambulante Operieren zu Lasten des niedergelassenen Bereichs zu öffnen. Vielmehr sollte den niedergelassenen Vertragsärzten die Möglichkeit eingeräumt werden, auch im Krankenhaus ambulant zu operieren und damit zur personalen Verzahnung beizutragen. Allerdings gibt es beim ambulanten Operieren zur Zeit einen „hektischen Stillstand“. Im Krankenhaus läuft so gut wie nichts, weil die personellen, baulichen und apparativen Voraussetzungen fehlen, die Förderungsmittel ausgeschöpft sind. Im ambulanten Bereich ist

kaum ein Fortschritt zu verspüren, trotz des zehnjährigen Zuschlags außerhalb des Budgetdeckels.

Strikt abgelehnt wird von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung das von den Krankenkassen und den Sozialdemokraten propagierte „Einkaufsmodell“. Dies brächte einzelne Ärzte und ganze Arztgruppen in eine totale Abhängigkeit von den Krankenkassen, ein Umstand, den die Ärzte durch die Gründung von Genossenschaften in Form von Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften öffentlichen Rechts (1931) längst suspendiert haben. Ein Rückfall in verflorane Zeiten wäre das Schlimmste, was die Vertragsärzteschaft erwarten kann, so Hess.

Folgen des GSG für Ärzte und Patienten

Dr. rer. pol. Gerhard Brenner, Geschäftsführer des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI), Köln, sekundierte:

– Trotz der Konkurrenz um die Zahl der Patienten nimmt die Zuwendungsintensität ab, weil nach Ausschöpfung und Abrechnung der Leistungen, die die pauschalierten Honorarelemente auslösen, fast alle nachfolgenden personalen Arztleistungen quasi zum Nulltarif erbracht werden müssen.

– Das neue Zulassungsrecht für Vertragsärzte löst einen verschärften Wettbewerb um Patienten aus, weil die Arztlzahlen kurz- bis mittelfristig stärker steigen als die Finanzmittel.

– Kontraproduktiv im Hinblick auf eine notwendige Förderung von Kooperationsformen im ambulanten Bereich ist die Gesetzesvorschrift, daß angestellte Ärzte bei der Bedarfsplanung zur Ermittlung der Überversorgungsquote genauso angerechnet werden wie ein Arzt, der sich in eigener Praxis niederläßt.

– In den neuen Bundesländern führt das Honorarbudget zur Festschreibung eines noch im Aufbau befindlichen Versorgungssystems mit noch nicht ausreichendem Niveau. Ziel des Einigungsvertrages ist es aber, das Versorgungsniveau dem Westniveau sukzessive anzupassen.

Dr. Harald Clade