

KBV: Grünes Licht für Praxisbudgets

Im kommenden Jahr wird es für die deutsche Vertragsärzteschaft ein neues Vergütungssystem geben. Dann werden arztgruppenspezifische, fallzahlabhängige und differenzierte Praxisbudgets den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ergänzen. Die außerordentliche Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), die am 7. September 1996 in Düsseldorf tagte, stimmte dem Konzept des KBV-Vorstandes zu. Allerdings soll die Umstellung erst zum 1. Juli 1997 in Kraft treten.

von Ruth Bahnert

Das Konzept des KBV-Vorstandes, kurz Ampelmodell genannt, sieht ein gegliedertes System von budgetierten und nicht-budgetierten Leistungen für die einzelne Fachgruppe vor:

► Rund 80 Prozent der Leistungen werden über die sogenannte „Grüne Liste“ zu Praxisbudgets zusammengefaßt. Dies sind im wesentlichen Standardleistungen der Arztgruppe.

► Über die „Gelbe Liste“ werden differenzierte Zusatzbudgets definiert. Darin sollen Leistungen enthalten sein, die auf Grund besonderer Qualifikationen oder aus Sicherheitsgründen nur von einem Teil der Ärzte der Fachgruppe erbracht werden.

► In der „Roten Liste“ werden Leistungen aufgeführt, die keiner Mengenbegrenzung unterliegen und weiterhin einzeln vergütet werden. Dies sind hochspezialisierte und kostenintensive Leistungen.

► Die „Blaue Liste“ wird Leistungen umfassen, die ebenfalls unbudgetiert sind, wie zum Beispiel die hausärztliche Grundvergütung, Zuschläge zum ambulanten Operieren sowie das Laborkapitel des EBM.

Obwohl die KBV-VV am 3. Juni 1996 in Köln den Praxisbudgets im Grundsatz bereits zugestimmt

hatte, bedurfte es in Düsseldorf noch einer langen und mit zahlreichen Anträgen gespickten Diskussion, bis der KBV-Vorstand grünes Licht für sein Konzept erhielt.

In seinem Bericht zur Lage hatte der KBV-Vorsitzende Dr. Winfried Schorre seine Kollegen zum „grundsätzlichen Umdenken in Bezug auf die Grundlagen des vertragsärztlichen Vergütungssystems“ aufgefordert. Dabei stehe die Einsicht obenan, daß „zur Zeit wesentliche Mittel dem Versorgungssystem nicht zusätzlich zufließen werden“. Die Vertragsärzteschaft müsse ein Ende machen mit dem innerärztlichen Entsolidarisierungsprozeß um Anteile am Honorar: „Es muß aufhören, daß wir um unseres persönlichen oder gruppenbezogenen Vorteils wegen zu Abrech-

nungs- und Verhaltensweisen greifen, die eigentlich nicht vertretbar und unseres Standes auch nicht würdig sind.“

Der Vorschlag des KBV-Vorstandes sei ein „Konsensminimum, mit dem wir realitätsangepaßt in die Zukunft gehen können“. Die angebotenen Alternativen – Rückkehr zum EBM '87 oder Individualbudgets – bedeuteten dagegen lediglich Bestandsschutz.

Vor allem die Individualbudgets würden die erheblichen Einkommensschwankungen innerhalb der Arztgruppen und zwischen den Gruppen festschreiben und dringend notwendige Neustrukturierungen des Vergütungssystems blockieren. Das vom Vorstand vorgelegte Konzept biete dagegen eine tragfähige Basis auch für die Zukunft der nachfolgenden Arztgenerationen.

Schorre erinnerte die Delegierten aber auch daran, daß es gelungen ist, im Zuge des EBM '96 finanzielle Vorteile für die Kollegen-schaft zu erreichen:

► Im Zusammenhang mit der EBM-Reform sei die Gesamtvergütung um ca. 3 Prozent angestiegen;

► das verfügbare Finanzvolumen für ambulante Operationen werde rückwirkend für 1994 um weitere 10 Prozent angehoben;

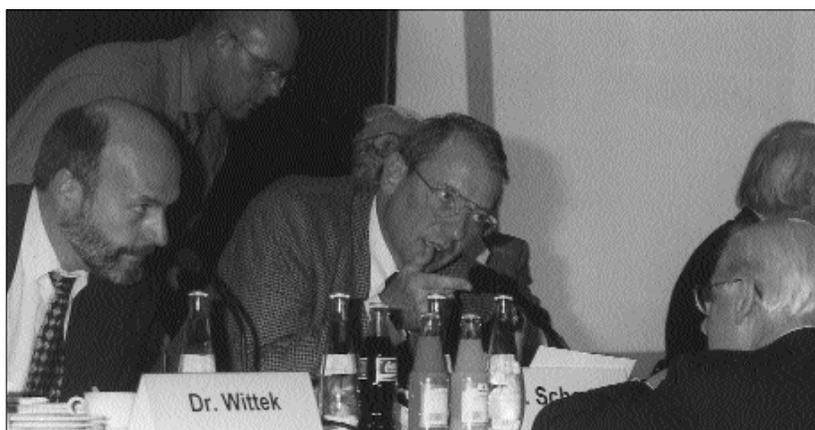
► die hausärztliche Grundvergütung werde durch zusätzliche 600 Mio. DM nahezu verdoppelt;

► die Gesamtvergütung für die Kollegen in den neuen Bundesländern sei in 1995 um 250 Mio. DM gestiegen.

Durch die konkreten Ergebnisse im ersten Quartal 1996 jedoch seien diese positiven Aspekte völlig verdrängt worden. Dabei räumte Schorre auch Fehler des KBV-Vor-



Dr. Winfried Schorre, KBV-Vorsitzender, erläutert das Modell der Praxisbudgets.



War das Einführungsdatum das Thema? Dr. Winfried Schorre (Mitte) und Dr. Lothar Wittek vom KBV-Vorstand in Beratung mit Dr. Ottfried Schäfer, dem hessischen KV-Vorsitzenden.

standes ein, vor allem hinsichtlich der Art und Weise, wie die Korrekturen des EBM '96 zustande gekommen und vermittelt worden seien. Aber gerade diese Korrekturen hätten dazu beigetragen, daß die Mengenentwicklung im ersten Quartal 1996 wieder eingefangen und der Punktwert stabilisiert werden konnte.

Vor allem an diesem Punkt biß sich die Diskussion um den Bericht zur Lage fest, wobei die Gegner des KBV-Reformkonzeptes das Wort führten. Der niedersächsische KV-Vorsitzende Dr. Bodo Strahl setzte den KBV-Vorsitzenden dem Vorwurf aus, abermals massive Irrtümer zu produzieren. Denn die VV wisse wieder einmal nicht, worüber sie eigentlich entscheide. Er forderte deshalb einen Probelauf.

Für die Einführung von Individualbudgets plädierten vor allem Vertreter süddeutscher KVen, so der nordwürttembergische Delegierte Dr. Werner Baumgärtner. Mit dem Hinweis, daß diese in Wirklichkeit eine Benachteiligung junger Ärzte und eine Bevorzugung etablierter Ärzte seien, lehnte die VV Individualbudgets ab.

Obwohl er der Einführung der Praxisbudgets grundsätzlich zustimmte, hielt der nordrheinische Delegierte Dr. Peter Potthof diese Maßnahme allein nicht für ausreichend. Sie wirke zwar mengenregulierend, verlagere aber zugleich die Entscheidung, was tatsächlich zu

leisten sei, auf den einzelnen Kollegen. Deshalb müßten die Praxisbudgets ergänzt werden um einen Katalog der Leistungsbeschreibungen, beispielsweise die der GOÄ.

Schorre berichtete, daß die KBV eine Arbeitsgruppe eingerichtet habe, die sich mit dem GKV-Leistungskatalog beschäftige, um hier Änderungen herbeizuführen und dadurch auch Entlastung bei der Entscheidung des einzelnen Kollegen zu schaffen. Die Krankenkassen zeigten sich dabei sehr zögerlich.

Mit 57 Ja-Stimmen gegenüber 28 Nein-Stimmen und 4 Enthaltungen stimmte die Versammlung dann dem Konzept des KBV-Vorstandes zu. „Die Antwort auf das Budget kann nur das Budget sein“, so der Kommentar von Dr. Heinz-Rudi Ocklenburg, dem stellvertretenden Vorsitzenden der KV Nordrhein.

Der Zeitpunkt der Einführung bot den nächsten Diskussionsstoff. Der KBV-Vorstand rückte von seinem ursprünglichen Vorschlag, die Praxisbudgets zum 1.1.1997 einzuführen, ab, und beantragte stattdessen den 1.4. 1997. Beschlossen wurde dann aber der 1.7.1997.

Etliche Delegierte, darunter auch Dr. Gerda Enderer-Steinfurt aus Nordrhein, hatten für dieses späte Datum der Einführung plädiert. Die Kölner Gynäkologin sprach sich für den 1.7. aus, da nur so den Praxen genügend Zeit bliebe, sich an die neuen Erfordernisse anzupassen und auch die Mandatsträ-

ger Zeit hätten, die Kollegen zu überzeugen. Aber auch die vorgesehene Regionalisierung der Praxisbudgets erfordere mehr Zeit, so die Vertreter von Länder-KVen.

Zur inhaltlichen Festlegung der Praxisbudgets ergingen etliche Aufträge an den KBV-Vorstand:

- Präventionsleistungen sollen aus dem „grünen“ (Praxisbudget) in den „gelben“ Bereich (Zuschlagsmodul) überführt werden.
- Überprüfung, ob in die gelbe Liste bei Allgemeinmedizinern und Praktikern im Teilbereich Kardiologie die GO-Nr. 609 („Computergestützte Auswertung eines Langzeit-EKGs“) aufzunehmen ist.
- Überprüfung, ob bei der Gruppe der Gastroenterologen die Teilradiologie als Zuschlag für das „Differenzierende Modul“ aufzunehmen ist.
- Überprüfung des Fallzahlbudgets der Augenärzte und HNO-Ärzte.
- Überprüfung der Zuschlagsziffern für ambulante Operationen.



Übergabe von Protestbriefen durch Kollegen der Region Verden. Fotos: Johannes Aevermann

Angekündigte oder befürchtete lautstarke Protestaktionen von Vertragsärzten am Rande der Vertreterversammlung sind übrigens ausgeblieben. Lediglich Kollegen aus der niedersächsischen Region Verden gaben eine 68 Meter lange Fahne von Protestschreibern ab, mit der sie gegen die rückwirkende Budgetierung protestierten und die Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen verlangten.