

Es muß mehr Geld ins System“ – Mit dieser sehr weitgehenden Übereinstimmung endete nicht nur die letzte Vertreterversammlung der KBV in diesem Jahr, sondern zugleich auch die 10. Amtsperiode, die alles andere als im Einvernehmen mit dem Bundesgesundheitsminister begonnen hatte.

Als „mit Abstand schwierigste Phase der kassenärztlichen Selbstverwaltung seit der Wiedererrichtung Kassenärztlicher Vereinigungen nach dem Kriege“ charakterisierte der KBV-Vorsitzende die ablaufende Amtsperiode in seinem „Bericht zur Lage“. Da sei zunächst einmal die „Erblast des Gesundheitsstrukturgesetzes“ zu nennen, die die Handlungsfreiheit des KBV-Vorstandes erheblich eingeschränkt habe.

„Die heute im Zentrum innerärztlicher Diskussion stehende EBM-Reform war dabei nur ein Teil eines umfassenden politischen Steuerungskonzeptes, das über die Köpfe aller Leistungserbringer hinweg in der Nacht-und-Nebel-Aktion von Lahnstein parteiübergreifend beschlossen worden war“, so Schorre. Als weitere Stichworte nannte Schorre die Bedarfsplanungs-Richtlinien, die Regionalisierung aller Verträge, die Einführung des Arznei- und Heilmittelbudgets, die Einführung von Richtgrößen- und Stichprobenprüfungen, die ICD-Verschlüsselung, die Einführung der Chipkarte, den Hausarztvertrag und damit eng verbunden die Neustrukturierung des EBM.

Auf „diese Gesetzeswucht“ mußte der damals neugewählte Vorstand eine Antwort finden. Er habe dabei die Wahl zwischen der Fortführung der Verweigerungs politik und einem Angebot an die Politik zum Dialog über die drängendsten Fragen des Gesundheitswesens gehabt. Der Vorstand habe sich für den Weg des Dialoges entschieden, was sich heute als grundsätzlich richtig erwiesen habe. Denn die Stellung der Ärzteschaft gegenüber

„Ins System muß mehr Geld“

Auf diese Formel einigten sich erstmals öffentlich Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer und der KBV-Vorsitzende Dr. Winfried Schorre vor der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 7. Dezember 1996 in Köln.

von Ruth Bahners

der Politik habe sich gewandelt hin zu einer von der Politik akzeptierten Partnerschaft. „Die politischen Aktivitäten der KBV in Kooperation mit der Bundesärztekammer haben dazu geführt, daß ein Lahnstein II verhindert und trotz der angespannten Situation noch zusätzliche Mittel frei gemacht werden konnten.“

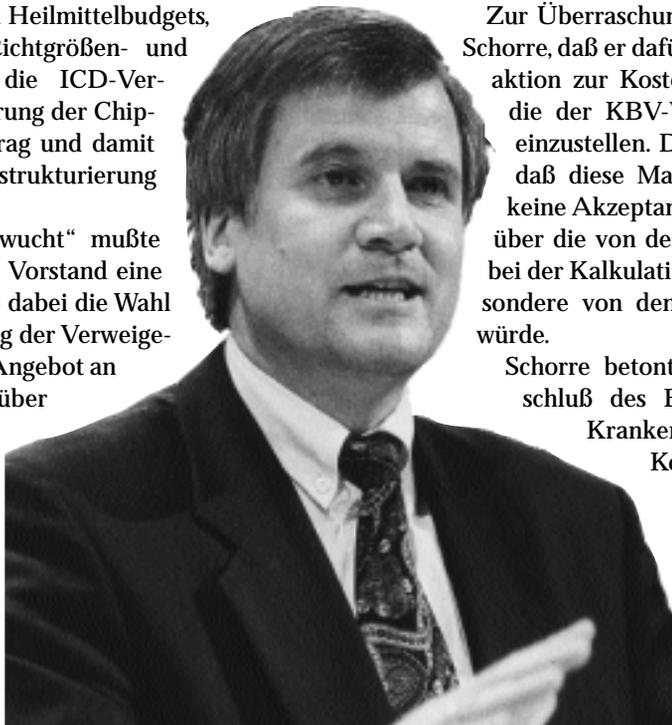
Befriedende Zwischenlösung

Diese mühsam erarbeitete, aber für die Zukunft wichtige Position könne in Gefahr geraten, wenn es der Ärzteschaft insgesamt nicht gelinge, die zur Zeit innerärztlich sehr kontrovers geführte Debatte um Honorierung, Finanzierung und Strukturierung zu kanalisieren und aus dem derzeitigen massiven Konkurrenzkampf und Streit um Honoraranteile zu überführen in eine produktive Strukturdiskussion. Als eine „befriedende Zwischenlösung“ auf diesem Wege sei das Konzept der Praxisbudgets zu sehen.

Schorre informierte die Delegierten darüber, daß der Bewertungsausschuß diesem Konzept zugestimmt habe und es „endgültig und formalrechtlich somit für die Ärzteschaft verbindlich und bindend ist“.

Zur Überraschung der Delegierten erklärte Schorre, daß er dafür plädiere, die Fragebogenaktion zur Kostensituation in den Praxen, die der KBV-Vorstand eingeleitet hatte, einzustellen. Der geringe Rücklauf zeige, daß diese Maßnahme bei den Kollegen keine Akzeptanz finde, obwohl gleichzeitig über die von der KBV angesetzten Kosten bei der Kalkulation der Praxisbudgets insbesondere von den Berufsverbänden geklagt würde.

Schorre betonte aber, daß mit dem Beschluß des Bewertungsausschusses die Krankenkassen die angesetzten Kosten akzeptiert hätten und somit nicht mehr in Frage stellen könnten.



Horst Seehofer: Rationalisierungsreserven ausgeschöpft. Foto: Archiv

Die Unzufriedenheit mit den angesetzten Kostensätzen führte auch zum einzigen Beschluß der KBV-VV. Auf Antrag des Berliner Orthopäden Dr. Manfred Richter-Reichhelm wurde eine Kommission einberufen, die unter Federführung von KBV-Chef Schorre die Kalkulationsgrundlagen für die Kostensätze prüfen soll. Denn nach Ansicht von Richter-Reichhelm bestehe die Vermutung, daß es sich dabei um "Daumenkalkulationen" handle.

Wider den „Kassenstaat“

Mit den Krankenkassen gingen sowohl KBV-Chef Schorre als auch Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer hart ins Gericht. Seehofer hatte es sich auch in diesem Jahr nicht nehmen lassen, an der letzten KBV-VV des Jahres teilzunehmen.

In der Kritik Schorres standen die Ersatzkassen im Mittelpunkt. Bereits im Zusammenhang mit dem Arzneimittelbudget hatte Schorre von einem "massiv gestörten Vertragsverhältnis" zu den Ersatzkassen gesprochen. Diese seien es vor allem, die noch zögerten, in einzelnen KVen ausgehandelte Budgetvereinbarungen zu unterschreiben.

Die Drohung der Ersatzkassen, die Gesamtvergütung der Vertragsärzteschaft bundesweit um rund 2 Milliarden DM zu kürzen, bezeichnete Schorre als einen „durchsichtigen Erpressungsversuch“.

Vor allem das Papier der Arbeitsgemeinschaft der Spitzenverbände der Krankenkassen „Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Gesundheitswesen“ wurde auf das Schärfste kritisiert.

Schorre bezeichnete dieses Papier als Aufkündigung der Vertragspartnerschaft und Schritt der Konfrontation. Mit diesem Papier hätten sich die Krankenkassen zu einem Rundumschlag gegen ihre eigenen Versicherten, gegen ihre Vertragspartner und gegen die politischen Kräfte hinreißen lassen.

Seehofer sah darin den Ruf nach „Alle Macht den Kassen“ und die bewußte Absicht, weiter an der Interventionsspirale zu drehen.

Der Gesundheitsminister versicherte den Vertragsärzten, daß die Kassen keine Möglichkeit erhalten werden, einseitig zu bestimmen, was Qualität und wirtschaftliche Leistungserbringung sei, genauso wenig wie ihnen die Möglichkeit zu einseitiger Vertragskompetenz, sprich Einkaufsmodellen, eingeräumt würde.

Durch die GKV-Neuordnungsgesetze werde die Kompetenz der Versicherten und nicht die der Krankenkassen gestärkt. Als Beispiele nannte Seehofer die Kostenerstattung, mehr Transparenz und die Möglichkeit des Kassenwechsels.



*Dr. Winfried Schorre:
Trotz angespannter Situation
zusätzliche Mittel freigemacht.
Foto: Archiv*

In fast wörtlicher Übereinstimmung nahm Seehofer die von Schorre eingangs formulierten Forderungen der Ärzteschaft auf.

Es sei erforderlich, daß zusätzliche Mittel in das Gesundheitssystem fließen müßten. Anders sei der Schritt zu Rationierung und Qualitätsverlust nicht zu verhindern. Diese Mittel müßten allerdings durch höhere Beiträge und steigende Zuzahlungen aufgebracht werden.

Die vorgesehenen Zuzahlungsregelungen führten nicht, wie behauptet, zur Ausgrenzung von notwendigen Leistungen oder zu sozialer Überforderung. Dies würden entsprechende Regelungen verhindern.

Die demographische Entwicklung zusammen mit dem medizinischen Fortschritt berge aber eine ungeheure Kostendynamik. Seehofer widersprach dabei explizit dem Sachverständigenrat im Gesundheitswesen, der seiner

Meinung nach dieses Problem völlig unterschätzt. Hinzu kämen gesellschaftliche Veränderungen insbesondere durch die Vereinzelung.

Rationalisierungsreserven seien aber sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich nahezu ausgeschöpft. Deshalb sprach sich Seehofer eindeutig für Beitragserhöhungen aus, wenn sie wegen des Fortschritts in der Medizin notwendig seien.

Seehofer erklärte auch sein Einverständnis mit der Erhöhung der Arzneimittelbudgets, ja, es sei der Wille des Gesetzgebers, daß die Arzneimittelbudgets fortgeschrieben würden. Auch rückwirkende Vereinbarungen oder Verrechnungen mit den Folgejahren seien zulässige Regelungen.

Die Positivliste lehnte der Bundesgesundheitsminister aber erneut ab. Sie sei eine der drei „größten Irrtümer“ der Gesundheitspolitik. Denn internationale Vergleiche hätten gezeigt, daß solche Listen keinen Spareffekt erzielten.

Auch die Chipkarten-Problematik mit dem „Doctor-Hopping“ wurde von Seehofer erstmals öffentlich anerkannt. Allerdings dürften Zugangsbeschränkungsregelungen die freie Arztwahl nicht antasten, denn sie sei ein Garant für Qualität. Er sei aber bereit, auch über Kostenerstattungsregelungen zu reden, wenn es gelte, den „39. freiwilligen Arztbesuch“ zu beschränken.

Der Bundesgesundheitsminister schloß mit einem Appell an die Vertragsärzte, nicht ihrerseits das Heil jenseits der KVen zu suchen. Denn es sei falsch, anzunehmen, daß einzelne Gruppen oder einzelne Ärzte besser fahren könnten, wenn sie jenseits der KVen Verträge schlossen.