

Mitte Juni wird der Deutsche Bundestag sehr wahrscheinlich den Einspruch des Bundesrates gegen das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) mit der Kanzlermehrheit zurückweisen. Das Gesetz, das bereits am 20. März vom Deutschen Bundestag in dritter Lesung verabschiedet worden ist, kann damit aller Voraussicht nach am 1. Juli verkündet werden.

Nachdem zunächst der Eindruck vorherrschte, nach dem Scheitern des von Seehofer vorgelegten und zustimmungspflichtigen Gesundheitsreformgesetzes (GRG) am Bundesrat bedeuteten die beiden GKV-Neuordnungsgesetze (1. und 2. NOG) nur ein „Reförmchen“, wandelt sich derzeit das Bild. Eine wachsende Zahl von Fachleuten entdeckt insbesondere im 2.

NOG, das der Zustimmung der Länderkammer nicht bedarf, bedeutsame Strukturelemente.

Angetreten war der Gesetzgeber mit dem Slogan „Vorfahrt für die Selbstverwaltung“. Die besonderen Mitwirkungsmöglichkeiten in der Ausgestaltung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sollten für die unmittelbar Beteiligten und Betroffenen gestärkt werden. Nach dem Subsidiaritätsprinzip sollte der Selbstverwaltung immer dort Vorrang vor staatlichem Handeln eingeräumt werden, wo die Beteiligten in eigener Verantwortung die Angelegenheiten der GKV zumeist auch sachgerechter lösen könnten. Welche Ansätze nun lassen sich dazu in den Neuordnungsgesetzen wiederfinden?

#### Partnerschaftsmodell

Für die Leistungssektoren Heilmittel, häusliche Krankenpflege sowie Kuren und Rehabilitation ist das sogenannte Partnerschaftsmodell vorgesehen.

*Horst Seehofer will „die Leistungsfähigkeit und Finanzierbarkeit der sozialen Krankenversicherung auf eine solide Basis stellen“. Foto: uma*

# Reform oder Reförmchen?

*Nachdem zunächst der Eindruck vorherrschte, nach dem Scheitern des von Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer vorgelegten Gesundheitsreformgesetzes im Bundesrat bedeuteten die beiden GKV-Neuordnungsgesetze (1. und 2. NOG)*

*nur ein „Reförmchen“,*

*wandelt sich derzeit das Bild.*

*Eine wachsende Zahl von Fachleuten entdeckt insbesondere im 2. NOG, das voraussichtlich am 1. Juli verkündet wird, durchaus bedeutsame Strukturkomponenten.*

Danach befindet der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen in Zusammenarbeit mit den betroffenen Leistungserbringern über die Verordnung von Heilmitteln, häuslicher Krankenpflege sowie Kuren und Rehabilitationsleistungen.

Außerdem schließen die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Verbände der betroffenen Leistungserbringer auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zur Sicherung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ab. Die Position der Vertragsärzteschaft soll in den Rahmenempfehlungen berücksichtigt werden.

#### Versichertenfinanzierte Satzungsleistungen

Den Krankenkassen wird die Möglichkeit eingeräumt, im Gesetz vorgesehene Leistungen als Satzungsleistungen zu erweitern bzw. kraft Gesetzes ausgeschlossene Leistungen als Satzungsleistungen für die Versicherten anzubieten. Diese zusätzlichen Satzungsleistungen werden jedoch ausschließlich durch Versichertenbeiträge der jeweiligen Krankenkasse finanziert. Eine Belastung der Lohnzusatzkosten ist damit ausgeschlossen.

Zu Satzungsleistungen könnten z.B. solche vertragsärztlichen Leistungen werden, die vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen für die Erbringung als Satzungsleistung empfohlen werden oder auch die durch das Beitragsentlastungsgesetz gestrichenen Maßnahmen zur Gesundheitsförderung.

#### Gestaltungsmöglichkeiten bei Beitragsrückerstattung, Selbstbehalt und Zuzahlungen

Jede Krankenkasse hat zusätzlich folgende Beitrags-Gestaltungsmöglichkeiten:

- Beitragsrückerstattung, wenn keine Leistungen in Anspruch genommen worden sind;

## T H E M A

- Selbstbehalt im Rahmen von Kostenerstattungsregelungen;
- Erhöhung bestehender Zuzahlungen;
- Sonderbeiträge für zusätzliche Leistungen.

Ausgeschlossen aber bleibt eine individuelle Zu- oder Abwahl zur Veränderung des Leistungskataloges.

### Kostenerstattung und Information der Versicherten

Die Möglichkeit der Kostenerstattung wird zukünftig allen Versicherten der GKV als Wahlmöglichkeit offenstehen. Erstattet werden allerdings nur Behandlungskosten zugelassener Leistungserbringer.

Außerdem sollen Ärzte, Zahnärzte und Krankenhäuser verpflichtet werden, die Versicherten über Umfang und Kosten der von ihnen in Anspruch genommenen Leistungen direkt und zeitnah zu unterrichten – eine Verpflichtung, die zu erheblichem Verwaltungsaufwand und entsprechenden Kostensteigerungen führen wird und nicht einmal dem Wunsch der Versicherten entspricht, wie Modellversuche schon vor längerer Zeit gezeigt haben.

### Modellvorhaben und Vertragsgestaltung

In Zukunft sollen Krankenkassen und ihre Verbände sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Verbesserung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Versorgung sowohl neue Verfahren und Organisationsformen der Leistungserbringung als auch neue Leistungen der Krankenbehandlung, der Rehabilitation und Prävention in zeitlich befristeten Modellvorhaben erproben können. Insbesondere in der ambulanten Versorgung sollen Modellvorhaben nur mit, nicht gegen die Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen.

Als mögliche Themen für Modellvorhaben werden beispielhaft genannt: Integration ambulant/stationär, Hausarztmodelle, Vermeidung einer unkoordinierten Mehrfachanspruchnahme von Vertragsärzten („Doktor-Hopping“), die Einrichtung getrennter „Honorartöpfe“ für Hausärzte und Fachärzte, aber auch innerhalb der einzelnen Fachgruppen sowie sogenannte „Strukturverträge“.

### Neuregelung der ärztlichen Vergütung: Praxisbudget mit festem Punktwert

Krankenkassen und Vertragsärzte vereinbaren auf der Grundlage von Fallwerten und Fallzahlen arztgruppenspezifische Praxisvergütungen für das Volumen der vertragsärztlichen Leistungen. Im Falle einer Überschreitung sind Leistungsabstaffelungen vorzusehen, um Anreize zur Mengenausweitung zu verhindern. Ausnahmen bei förderungswürdigen Leistungen – zum Beispiel beim Notdienst – sind vorgesehen.



*Muß Bonn die Gesetzesmaschinerie in Kürze erneut anwerfen, oder können die GKV-Neuordnungsgesetze die Krankenversicherung stabilisieren?  
Karikatur: Löffler*

### Richtgrößen statt Arznei- und Heilmittelbudgets

Statt der bisherigen Arznei- und Heilmittelbudgets werden arztgruppenspezifische Richtgrößen so bald wie möglich gemeinsam und einheitlich von allen Kassenarten mit den Kassenärztlichen Vereinigungen vereinbart.

Die Vereinbarung ist schiedsstellenfähig und dient als Grundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung. Je nach Höhe der Überschreitung werden automatisch Regresse möglich, sofern keine Praxisbesonderheiten geltend gemacht werden können.

### Bedarfsplanung

Der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erhält erweiterte Kompetenzen zur Bedarfsplanung. So soll er die geltende Bedarfsplanung flexibler gestalten, indem er Regelungen für das „Job-Sharing“ von Vertragsärzten sowie die erleichterte Anstellung von Ärzten schafft. Voraussetzung dazu ist allerdings, daß der Leistungsumfang der Arztpraxis nicht wesentlich erweitert wird. Ziel ist es, den Arbeitseinsatz möglichst individuell zu gestalten sowie zusätzliche Beschäftigungsmöglichkeiten für Ärztinnen und Ärzte zu schaffen.

Durch Ausnahmen von den Zulassungsbeschränkungen soll die belegärztliche Tätigkeit als wichtiges Verzahnungsinstrument von ambulanter und stationärer Tätigkeit gestärkt werden. „Kommt ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt nicht zustande, kann der Krankenhausträger mit einem bisher im Planungsbereich nicht niedergelassenen geeigneten Arzt einen Belegarztvertrag schließen. Dieser erhält eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung; die Beschränkung entfällt bei Aufhebung der Zulassungsbeschränkung (...), spätestens nach Ablauf von 10 Jahren“ (§ 103 Abs. 7).

### Regelungen für die stationäre Versorgung

Für den Krankenhausbereich finden sich folgende Bestimmungen:

- Begrenzung des Zuwachses des Krankenhausbudgets auf die Grundlohnrate (Einnahmenentwicklung der Krankenkassen), die von den Vertragspartnern auf Bundesebene für jedes Jahr vereinbart wird. Für 1997 wird die Rate per Gesetz auf 1,3 Prozent in den alten und 2,3 Prozent in den neuen Bundesländern festgelegt. Erreicht ein Krankenhaus einen sogenannten Mindererlös (tatsächliche Einnahmen sind kleiner als das vereinbarte Budget), so wird dieser Fehlbetrag nur noch zu 50 Prozent ausgeglichen.

Mehrerlöse verbleiben zum Teil in den Krankenhäusern (Dekung der variablen Kosten).

- Für die Erhöhung der Preise der Fallpauschalen und Sonderentgelte ist ebenfalls die Grundlohnrate Obergrenze. In diesem Bereich erzielte Mehrerlöse verbleiben dem Krankenhaus nur noch zu 25 Prozent. Fallpauschalen und Sonderentgelte werden ebenfalls nicht mehr durch Rechtsverordnung, sondern von der Deutschen Krankenhausgesellschaft mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbart. Die Bundesärztekammer soll Fachinformationen einbringen und Beurteilungen abgeben können – sie erhält allerdings kein Vetorecht. Als Konfliktlösung ist eine neue Schiedsstelle auf Bundesebene vorgesehen.
- Auch die Bemessung des Bedarfs für das Pflegepersonal der Krankenhäuser wird nicht mehr durch Rechtsverordnung (Pflege-Personalregelung) vorgegeben, sondern obliegt den Selbstverwaltungspartnern.
- Die Großgeräteplanung wird abgeschafft. Es soll Aufgabe der Selbstverwaltungspartner sein, über Vergütungsregelungen sicherzustellen, daß medizinisch-technische Großgeräte wirtschaftlich eingesetzt werden.
- Große Instandhaltungsmaßnahmen, die bisher von den Ländern finanziert wurden, sind pflegesatzfähig. Für die Jahre 1997 bis einschließlich 1999 wird eine pauschalierte Finanzierung (1,1 Prozent Budget-Zuschlag) geschaffen. Die Mehrausgaben der GKV werden durch einen Beitrag der Versicherten in Höhe von 20 DM pro Jahr finanziert. Die Finanzierung der Instandhaltungskosten über die Pflegesätze und die Erhebung der 20 DM von den Versicherten entfällt, wenn ein Land die Instandhaltung wie in der Vergangenheit im Rahmen seiner Investitionsförderung weiter finanziert.

#### Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen

Zur Qualitätssicherung ärztlicher Leistungen sieht § 137 a vor, daß die Bundesärztekammer (BÄK), die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder Bundesverbände der Krankenhausträger in Empfehlungen die ärztlichen Leistungen festlegen, für die besondere Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der Behandlung und ihres Ergebnisses unter Berücksichtigung der ärztlichen Qualifikation vorzusehen sind. Für diese Leistungen beschließt die BÄK dann Anforderungen für entsprechende Qualitätssicherungsmaßnahmen, soweit sie die ärztliche Berufsausübung betreffen. Bei der Entwicklung der Anforderungen ist den Krankenkassen sowie der DKG Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben.

Krankenkassen und Krankenhausträger geben schließlich eine gemeinsame Rahmenempfehlung über die Umsetzung der Anforderungen ab. Die Vereinbarung enthält auch Empfehlungen über die Prüfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die jetzt eben-

falls nach § 137 zu beteiligenden Ärztekammern sowie über die Finanzierung der Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Durch die Neuformulierung des § 137 soll das bisherige Spannungsverhältnis durch klare Kompetenzzuweisungen abgelöst werden. Der Spielraum der ärztlichen Selbstverwaltung soll so vergrößert werden, daß ergebnisorientierten Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärzteschaft nichts mehr im Wege steht.

Außerdem ist in § 137 b vorgesehen, daß zur Einheitlichkeit der Qualifikations- und Qualitätssicherungsanforderungen die Bundesärztekammer, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Spitzenverbände der Krankenkassen zur gegenseitigen Abstimmung eine Arbeitsgemeinschaft (zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin) bilden.

Nachdem die Arbeitsgemeinschaft in den abgelaufenen drei Jahren zu einer festen Größe im deutschen Gesundheitswesen geworden ist, so die Begründung des Gesetzes, wird sie gesetzlich verankert, was ihre Bedeutung für die Zukunft unterstreicht. *BÄK-INTERN/RhÄ*

## Die Kassen müssen das Morbiditätsrisiko tragen, nicht die Vertragsärzte

*Rechtsgutachten von Prof. Dr. Karl Heinrich Friauf im Auftrag der KV Nordrhein stellt verfassungswidrigen Eingriff in die Berufsfreiheit der Vertragsärzte fest*

*von Horst Schumacher*

**D**ie Übertragung des Morbiditätsrisikos von den Krankenkassen auf die Vertragsärzteschaft ist ein verfassungs-

widriger Eingriff in das Grundrecht der Berufsfreiheit (Artikel 12, Absatz 1 des Grundgesetzes). Diese Position vertritt Prof. Dr. Karl