

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

Die 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

Heinrich Friauf, emeritierter Direktor des Instituts für Staatsrecht der Universität zu Köln, in einem von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein in Auftrag gegebenen Rechtsgutachten. Darin zieht Friauf das Fazit, daß „gesetzliche und ... gesamtvertragliche Regelungen, die das Morbiditäts- und Frequenzrisiko auf die Vertragsärzte abwälzen, den geltenden verfassungsrechtlichen Anforderungen nicht gerecht werden. Diese Risiken müssen funktionsgerecht von den Krankenkassen als Versicherungsträgern übernommen werden.“

Kassen müssen Risiko tragen

Das für die Krankenversicherung typische Morbiditätsrisiko besteht nach Friauf

- in einer Zunahme der Zahl und der Schwere der Erkrankungen- und Behandlungsfälle (Morbiditätsrisiko im engeren Sinne) und
- dem Risiko einer Zunahme des erforderlichen Leistungsaufwands je Behandlungsfall nach Art und Häufigkeit der zu ergreifenden Maßnahmen (Frequenzrisiko).

In der Gesetzlichen Krankenversicherung haben grundsätzlich die Krankenkassen dieses Risiko zu tragen, so Friauf. Die Finanzierungspflicht der Krankenkassen werde im Sozialgesetzbuch V (SGB V) aufgrund der Funktion der Kassen als Versicherer „systemkonform als selbstverständlich vorausgesetzt“. Die Kassenärztlichen Vereinigungen befinden sich nach Friaufs Ausführungen nicht in der Rolle des (Mit-)Finanziers der GKV.



*KV-Vorstandsmitglied Dr. Dr. Hagedorn:
Besonderer Dank an Dr. Schorre.
Foto: Archiv*

Tatsächlich sieht das aber seit Inkrafttreten des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 (GSG 1993), das die Steigerung der Gesamtvergütung im wesentlichen an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden hat, völlig anders aus. Die Vergütungsansprüche der Leistungserbringer werden begrenzt (Budgetierung), aber nicht etwa der Leistungsumfang, so Friauf:

„Im Anwendungsbereich der durch das GSG 1993 eingeführten Regelungen bleibt die Entwicklung von Zahl, Art und Umfang der zu vergütenden ärztlichen Leistung vollständig ausgeblendet. Wenn die zum verbindlichen Anpassungsmaßstab erklärte Lohnentwicklung der Kassenmitglieder prozentual mit der Entwicklung des vertragsärztlichen Leistungsaufwands übereinstimmen sollte, dann wäre das ein reiner – und sehr unwahrscheinlicher – Zufall. Der Gesetzgeber hat das Morbiditätsrisiko insoweit also vollständig auf die Seite der Vertragsärzte verlagert.“

Unzulässiges Sonderopfer

Aus verfassungsrechtlicher Sicht legitim ist dabei laut Friauf das vom Gesetzgeber verfolgte Ziel, durch kostenbegrenzende Maßnahmen die finanzielle Leistungsfähigkeit der GKV auf Dauer zu sichern. Jedoch seien die Regelungen des GSG hierzu ungeeignet. Nach Ansicht des Verfassungsrechtlers laufen Maßnahmen zur Kostendämpfung, die einseitig am Einkommen der Ärzte ansetzen, dem Primärzweck der gesetzlichen Krankenversicherung, nämlich der Sicherstellung einer angemessenen ärztlichen Versorgung, zuwider: „Die Sicherstellung einer qualifizierten ärztlichen Versorgung ... läßt sich auf Dauer nur erreichen, wenn auch eine leistungsadäquate – und das heißt: leistungsproportionale – Vergütung sichergestellt ist.“

Darüber hinaus verstößt die Überbürdung des Morbiditätsrisikos nach Friaufs Gutachten gegen den „Grundsatz der Lastengleich-

heit“, wonach alle Bürger entsprechend der individuellen Leistungsfähigkeit zu öffentlichen Lasten heranzuziehen sind. Den Ärzten werde jedoch durch die im Gesetz getroffenen Berufsausübungsregelungen ein unzulässiges „Sonderopfer“ im Interesse der Kostendämpfung zugemutet.



*KV-Chef
Dr. Winfried Schorre:
Argumentativ gut
gerüstet.
Foto: Archiv*

Ein solches Sonderopfer sei nur ausnahmsweise zulässig, wenn der hiervon betroffenen Berufsgruppe eine „spezifische Aufgabenverantwortung“ zugerechnet werden könne. Dies sei im Fall der Überbürdung des Morbiditätsrisikos auf die Vertragsärzteschaft aber nicht der Fall.

Die Ärzteschaft verantwortete „die Ausübung des ärztlichen Berufs lege artis“, nicht verantwortlich sei sie dagegen für „die Übernahme eines versicherungsähnlichen Risikos in Bezug auf die Entwicklung des finanziellen Bedarfs, der durch den Verlauf der Morbidität bedingt ist.“

Die fehlende Begründung für das Sonderopfer der Ärzteschaft wird nach Friaufs Urteil „durch die kollektiv-vertragliche Einbettung der Beziehungen“ verschleiert: „Würde man diese auf das einzelne Arzt-Patient-Verhältnis zurückübertragen, wäre sofort offenkundig, daß die Zunahme des Behandlungsaufwands nicht vom Arzt zu finanzieren sein kann.“

Sachwidrige Verlagerung

Politische Opportunitätsüberlegungen können nach Ansicht des Juristen die getroffenen Regelungen nicht begründen: „Aus Sicht der nach leichten Wegen suchenden Sozialpolitik mag es verführerisch erscheinen, den ‚Sparhebel‘ gerade bei den Ärzten anzusetzen. Indes-

sen rechtfertigt dies nicht, daß den Ärzten das wirtschaftliche Risiko für Umstände aufgebürdet wird, die außerhalb ihres genuinen Verantwortungsbereichs liegen.“ Erst recht könne der Hinweis auf die vorgegebene Knappheit der Mittel keine Begründung für die „sachwidrige Verlagerung der Finanzierungslast“ sein.

Risiko einkalkulieren

Auf welchem Weg die gebotene Zuordnung des Morbiditätsrisikos zu den Krankenkassen konkret zu erfolgen hat, ist nach dem Friauf-Gutachten verfassungsrechtlich nicht vorgegeben. Der Gutachter meint, daß eine Rückkehr zu der nach § 85 Abs. 2 SGB V auch heute zulässigen Bemessung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen „am saubersten und einfachsten“ wäre. Falls jedoch an pauschalierenden Bemessungsmethoden festgehalten werde („Kopfpauschale“ pro Versicherter), sei den verfassungsrechtlichen Erfordernissen zumindest dadurch Rechnung zu tragen, „daß innerhalb der Pauschalen ein realistischer zusätzlicher Ansatz für den Risikoverlauf ausgewiesen würde“.

Wende durch neues Gesetz

Bei einem Presseseminar der KV Nordrhein (KVNo) zum Friauf-Gutachten kürzlich in Düsseldorf wurde deutlich: Die aktuelle Gesundheitspolitik hat das Rechtsgutachten zum Teil überholt. Denn wenn am 1. Januar 1998 das 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. NOG) in Kraft tritt, woran derzeit niemand zweifelt, wird ein Teil des Morbiditätsrisikos zu den Krankenkassen zurückverlagert.

Im Gesetz ist vorgesehen, daß die budgetierte Gesamtvergütung durch die Rahmenvorgabe von vereinbarten festen Punktwerten und arztgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina abgelöst wird. Die Regelleistungsvolumina werden auf Landesebene auf der Grundlage von Fallwerten und Fallzahlen zwi-

schen Kassen und Kassenärztlicher Vereinigung vereinbart. Bis zum Regelleistungsvolumen wird dann nach dem festen Punktwert vergütet, bei Überschreitung in Abhängigkeit von der Überschreitungshöhe abgestaffelt. Daneben sind Ausnahmen von der Abstufung vorgesehen.

Dieses System ermöglicht eine teilweise Zurückverlagerung des Morbiditätsrisikos zu den Kassen. Da es kein starr fixiertes Gesamthonorarvolumen (Honorarbudget) mehr geben wird, kann mit den Kassen über Nachzahlungen zum Beispiel bei medizinisch begründeten Mengenentwicklungen verhandelt werden. Auch eine höhere Arztlzahl würde zu Lasten der Kassen gehen.

Widerstand der Kassen

Diese „Flexibilisierung der Grenzen“ eröffne der Ärzteschaft eine gewisse Perspektive auf Zuwächse, gab sich der Vorsitzende der KVNo und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Winfried Schorre, gedämpft optimistisch. Insbesondere komme das Leistungsspektrum der Ärzteschaft künftig in den Verhandlungen mit den Krankenkassen wesentlich differenzierter zum Tragen. Jedoch rechnet der KV-Chef auch mit zähem Widerstand der Kassen, so daß möglicherweise die Schiedsämter zu entscheiden hätten. Schorre: „Wir sind argumentativ für diese Schlacht gut gerüstet.“



*KV-Vize Dr. Leo Hansen: Problematischer Verteilungskampf.
Foto: Archiv*

„Dem Kollegen Schorre gebührt besonderer Dank, daß er die Problematik des Sonderopfers der Ärzteschaft ins Bewußtsein der Bonner Politik gehoben hat“, betonte bei dem KV-Presseseminar Dr. Dr.

Manfred Hagedorn. Er ist im KV-Vorstand für Rechtsfragen zuständig und hatte das Friauf-Gutachten angeregt.

Aufwand stieg um 41 Prozent

Die gravierenden Folgen der starren Budgetierung in Nordrhein beschrieb der 2. Vorsitzende der KVNo, Dr. Leo Hansen. Medizinisch begründete und politisch gewollte Leistungsausweitungen mußten nach seinen Worten zum großen Teil durch Umverteilungen innerhalb der Ärzteschaft finanziert werden, was zwischen 1993 und 1996 zu einer Honorarminderung um 0,4 Prozent je Arzt in Nordrhein geführt habe.

Die Zahl der Behandlungsfälle in Nordrhein hat nach Hansens Angaben zwischen 1993 bis 1996 um 12,3 Prozent auf rund 53 Millionen Fälle zugenommen, der Behandlungsaufwand je Fall (Fallwert) im gleichen Zeitraum um 41,1 Prozent auf 1137 Punkte. Bei den Allgemeinmedizinern betrug die Fallwertsteigerung 51 Prozent (1993 auf 1996), was laut Hansen damit zusammenhängt, daß die Hausärzte die Hauptlast der Betreuung alter, multimorbider Patienten zu tragen haben. Bei den Anästhesisten stieg der Behandlungsaufwand je Fall um 56,8 Prozent, nach Hansens Analyse eine Folge des wissenschaftlichen Fortschritts, der zunehmend ambulante Operationen ermögliche.

Hansen beklagte den „problematistischen und für einen Berufsstand wie die Ärzteschaft irgendwann unerträglich werdenden Verteilungskampf“, der durch die Begrenzung der Mittel ausgelöst worden sei. Schorre erwartet nun, daß der Druck und die Auseinandersetzungen innerhalb der Ärzteschaft mit Inkrafttreten der GKV-Neuordnungsgesetze erstmals seit Jahren abnehmen werden: „Durch die Vereinbarung arztgruppenspezifischer Regelleistungsvolumina mit festen Punktwerten muß die eine Gruppe nicht mehr auf die andere schießen“, hofft der KV-Chef. Allerdings warnte er auch vor dem Irrglauben, mit der neuen Regelung würden „die Honorarbäume in den Himmel wachsen“.