

# Strukturvertrag soll ambulantes Operieren in Nordrhein fördern

*Die Kassenärztliche Vereinigung vereinbart mit den Betriebs- und den Innungskrankenkassen feste DM-Beträge für 21 Krankenhausaufenthalte ersetzende Operationen in der Vertragsarztpraxis*

**B**estimmte ambulante Operationen in der Vertragsarztpraxis, die Krankenhausaufenthalte ersetzen, werden ab 1. Oktober in Nordrhein von Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen mit festen DM-Beträgen vergütet. Das sieht ein zunächst bis Ende 1999 befristeter Strukturvertrag zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo), dem Landesverband der Betriebskrankenkassen Nordrhein-Westfalen (BKK LV NW) und der Innungskrankenkasse Nordrhein (IKK) vor.

Die Förderung ambulanter Operationen beim Vertragsarzt sei sowohl unter dem Aspekt der optimalen Patientenversorgung wie unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten sinnvoll, sagte der Vorsitzende der KV Nordrhein, Dr. Winfried Schorre, bei der Vorstellung des Vertrages kürzlich in Düsseldorf. Aufgrund des medizinischen Fortschritts stünden heute schonende Operationsverfahren zur Verfügung, die Krankenhausaufenthalte vielfach überflüssig machen könnten. Damit ließen sich zugleich „Pflegetage in teuren Krankenhausbetten“ einsparen.

## Dramatischer Punktwertverfall

Die bisherige Vergütungssituation jedoch drohte nach Schorres Worten „die Kollegen in den Ruin zu treiben und damit zwangsläufig einen innovativen, patientenfreundlichen Versorgungsbereich auszutrocknen“. Nach Angaben des KV-Vorsitzenden erhöhte sich der Leistungsbedarf der ambulanten Eingriffe in Nordrhein von 1992 bis 1997 um 220

Prozent, während das Honorarvolumen für die ambulanten Operateure im gleichen Zeitraum nur um 14,5 Prozent zunahm. Das führte zu einem Punktwertverfall von 9 Pfennigen auf 5,6 Pfennige. Durch die mit BKK und IKK vereinbarten Fallpauschalen mit festen DM-Beträgen für 21 ambulante Operationen wird deren Erbringung in der Vertragsarztpraxis künftig kalkulierbar sein, so Schorre.

## Strukturierung der Zusammenarbeit

Der Vertrag ist nach den Worten des KV-Vorsitzenden auch darauf angelegt, die Zusammenarbeit zwischen Hausarzt, Facharzt und Operateur zu strukturieren und damit qualitätssteigernd zu wirken. Nach seiner Darstellung ist im wesentlichen folgender Ablauf vorgesehen:

- Der Patient wird bei entsprechender Indikation von seinem Haus- oder einem Facharzt darauf aufmerksam gemacht, daß der notwendige Eingriff alternativ zur

Krankenhausbehandlung ambulant möglich ist. Mit dieser Aufklärung nehmen die zuweisenden Ärzte eine Schlüsselstellung ein; sie können entscheidend die Motivation des Patienten für einen ambulanten Eingriff beeinflussen. Ergänzend informieren auch die Betriebs- und Innungskrankenkassen ihre Versicherten über die ambulanten Operationsmöglichkeiten nach dem Strukturvertrag und die teilnehmenden Operateure.

- Entscheidet sich der Patient nach umfassender Aufklärung dafür, den Eingriff ambulant durchführen zu lassen, überweist ihn der Arzt an einen ambulant operierenden Kollegen und übergibt dem Patienten einen Dokumentationsbogen. Für Beratung, Überweisung und Aushändigung des Bogens erhält der Arzt nach erfolgter Operation einen Betrag zwischen 30 DM und 100 DM.
- Der ambulante Operateur prüft, ob Art und Schwere des Eingriffs sowie der Gesundheitszustand des Patienten einen ambulanten Eingriff erlauben. Wenn die Operation ohne Bedenken ambulant erbracht werden kann, führt er den Eingriff in seiner Praxis durch. Dafür erhält er zum Beispiel für eine Katarakt-Operation 1.175 DM an ärztlichem Honorar.
- Für die operative Nachsorge sind zwei bis acht Arztbesuche in einem Zeitraum von höchstens 14 Tagen vorgesehen. Die Nachsorge übernimmt in der Regel der Haus- oder Facharzt, der den Pa-



*Fallpauschalen für Operationen in der Vertragsarztpraxis, die einen Krankenhausaufenthalt ersetzen: Dr. Winfried Schorre, Vorsitzender der KV Nordrhein (l.), Jörg Hoffmann, Vorsitzender des BKK-Landesverbandes Nordrhein-Westfalen. Fotos: Archiv*

tienten an den Operateur überwiesen hat.

### **Verlagerung von Operationen in die ambulante Praxis**

Die Krankenkassen stellen im Rahmen des Strukturvertrages ein zusätzliches Vergütungsvolumen von 0,3 Prozent der Gesamtvergütung zur Verfügung, erklärte Jörg Hoffmann, Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbandes. Nach zwei Quartalen Laufzeit werde eine gemeinsame Kommission analysieren, „ob das Ziel des Vertrages erreicht ist, nämlich die Verlagerung

von Operationen aus dem Krankenhausbereich in die ambulante Praxis“.

Bei einem positiven Ergebnis könne man sich bei den BKK vorstellen, den OP-Katalog zu erweitern. Bisher umfaßt die Liste der „krankenhauersetzenden Operationen“ nach Hoffmanns Worten solche Eingriffe, „für die bei einer stationären Behandlung Fallpauschalen und Sonderentgelte gezahlt werden und die früher überwiegend im Krankenhaus vorgenommen wurden“. Leider hätten im ersten Schritt nicht alle ambulant operierenden Arztgruppen berücksichtigt werden können.

Auch Benno Schlichtebrede, Vorstandsmitglied der Innungskrankenkasse Nordrhein, äußerte die Hoffnung, mit Hilfe des Strukturvertrages „stationäre Eingriffe in meßbarem Umfang“ in den ambulanten Sektor verlagern zu können. Er verwies auf eine im Auftrag der IKK erstellte Studie, wonach eine solche Verlagerung bei rund 1,5 Millionen Operationen jährlich in Deutschland möglich wäre. Das entsprechende Einsparpotential bezifferte er auf 220 Millionen DM bis 3,3 Milliarden DM pro Jahr.

*Horst Schumacher*

#### **Kommentar**

### **Das Haushaltsgeld der Vertragsärzte**

von Karl H. Kimbel\*

Wenn die (der) Hausfrau(mann) mit dem Haushaltsgeld nicht zurechtkommt, drängt der „Anschaffende“ über kurz oder lang auf Buchführung und Ursachenforschung. Kommen die Vertragsärzte nicht mit ihrem Arzneibudget aus, läßt man sie das Defizit aus ihrer Tasche zahlen. Und bittet die GKV-Versicherten dazu kräftig zur Kasse.

Da erst wenige Ärzte selbst ihre Verordnungen aus dem Computer ziehen können, war für viele Jahre der „Arzneiverordnungs-Report“ für die Kollegen Information, was der „durchschnittliche“ Vertragsarzt verordnet. „pharm+pro“ sollte nach dem Versagen der Apotheken-Rechenzentren nun auch dem einzelnen Vertragsarzt (wenn auch nur für AOK-Patienten) den Verordnungs-Spiegel vorhalten. Doch der „Arzneiverordnungs-Report 1997“ wurde auf gerichtliche Anordnung verstümmelt, ohne daß sich Ärzte und Kassen zur Wehr setzten. Und „pharm+pro“ erreicht nur wenige privilegierte Ärzte. Der Vertragsarzt soll also weiter über den Daumen peilen, wie er unter Budget oder Richtgröße bleibt.

Was bedeutet aber Arzneibudget (oder Arznei-Richtgröße)? Doch nur, daß man dem einzelnen Arzt die Verantwortung dafür zuschiebt, daß er seinen GKV-Patienten notwendige und zweckmäßige Arzneimittel in ausreichender Menge verordnet und dabei einen für alle (Budget) oder einzelne (Richtgröße) vorgegebenes Limit nicht überschreitet. Dieses Limit entspricht aber keineswegs dem tatsächlichen Bedarf an notwendigen Arzneimitteln. Es ist vielmehr eine Fortschreibung der in Vorjahren verausgabten Beträge für Arzneimittel in der GKV.

Eine seit langem erforderliche Bedarfsermittlung wäre in unserem gesundheitspolitischen Entwicklungsland ohnehin nicht möglich, weil es hier keine öffentliche Morbiditätsstatistik gibt, die diesen Namen verdient. So wissen wir weder, wieviel Zucker- oder Hochdruckkranke es in der BRD gibt, geschweige denn, wieviele Parkinson-, Alzheimer- oder MS-Kranke. Mit verlässlichen Angaben hierzu und der weitaus besseren Kenntnis der mittleren Tagesbehandlungskosten wäre es nicht schwierig, die Kosten zu ermitteln, die für notwendige und zweckmäßige Arzneiverordnung erforderlich wären. Sicherlich ließe sich ein Gelehrten- (Meinungsbildner-) Streit über „notwendig“ oder „zweckmäßig“ nicht vermeiden. Sobald die Experten aber zur Offenlegung ihrer Interessenkonflikte verpflichtet würden, wie bei den Mitgliedern der derzeitigen „Positiv-Listen-Kommission“, ließe sich auch dieses Problem vermeiden.

Denn es geht seit einiger Zeit kaum mehr um Arzneimittel mit „umstrittener Wirksamkeit“, auch wenn diese durch politische „Fouls“ wie die Binnenanerkennung oder Verlängerung der fiktiven Zulassung im Land der Dichter und Denker weiterhin fröhliche Urstände feiern werden. Viel gefährlicher für eine nicht bedarfsorientierte Budgetierung sind nämlich neue, wesentlich teurere Arzneistoffe, die tatsächlich oder vermeintlich „besser“ sind, als bisher bewährte oder überhaupt erst eine Arzneibehandlung ermöglichen. Die von der Diskussion um Sildenafil (Viagra<sup>®</sup>) aufgeschreckten Kassenarzt-Funktionäre oder Gesundheitssystemforscher hatten bislang übersehen, daß solche „Super-Gau“-ähnlichen massiven Budgetüberschreitungen sich bereits vor Jahren abzeichneten, z. B. bei der Migränebehandlung mit dem ersten der Triptane.

Diejenigen, die ein Arzneimittel-Budget oder eine Arzneimittel-Richtgröße verantworten, müssen nämlich angemessen Unvorhergesehenes einkalkulieren. Schon bald könnte ein Glibenclamid oder Metformin überlegenes orales Antidiabetikum auf den Markt kommen, das bei mittleren Tagesbehandlungskosten von 3 DM (oder mehr) bei etwa 4 Mio. behandlungsbedürftigen Typ 2-Diabetikern alleine eine Zunahme der GKV-Arzneiausgaben um 4 Mrd. DM bedingte. Nimmt man nur die zusätzlichen Ausgaben für die Behandlung des leichten und mittelschweren Asthma mit neuen Leukotrien-Hemmstoffen oder diejenigen der Alzheimer-Kranken mit den kürzlich eingeführten neuen Arzneistoffen (Tagesbehandlungskosten zwischen 6 und 16 DM) oder der Myokardinfarkt-Patienten mit dem neuen Aggregationshemmer mit Tagesbehandlungskosten von über 9 DM, so kann, wenn diese Arzneistoffe wirklich notwendig sind, der Tag nicht fern sein, daß die Arzneiversorgung der GKV-Patienten ernsthaft gefährdet ist.

Das kann nur abgewendet werden, wenn sich die Vertreter der Vertragsärzte und Krankenkassen umgehend über eine Bedarfsstellung einig und diese sofort umsetzen. Von der Politik dürfen sie dabei keine Unterstützung erwarten, gleich wie die Bundestagswahl ausgeht.

Auch der Bundesausschuß Ärzte und Krankenkassen kann zur Ausgabenstabilisierung entscheidend beitragen, indem er wissenschaftlich fundiert die Ansprüche des GKV-Versicherten auf das Notwendige begrenzt, „Lifestyle“-Substanzen wirksam ausgrenzt und die Selbstverantwortung des Versicherten dadurch stärkt, daß er Mittel, die zur Behebung der Folgeschäden unvernünftiger Lebensweise dienen, selber zahlen läßt.

\* Der Autor dieses Kommentars, Dr. med. Karl H. Kimbel, ist klinischer Pharmakologe und lebt in Hamburg. Er war lange Jahre Vorsitzender der Ethik-Kommission der Ärztekammer Nordrhein.