

KBV führt 1997 Praxisbudgets ein

Die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) beschloß am 3. Juni in Köln einen grundlegenden Kurswechsel in der Honorarpolitik: Der Begrenzung der für die vertragsärztliche Versorgung zur Verfügung stehenden Finanzmittel soll nun die Begrenzung der Leistungsmenge folgen.

Ärztliche Leistungen sollen künftig unabhängig von Weiterbildung und Fachgruppe prinzipiell gleich bewertet werden. Mit diesem von Beobachtern als bahnbrechend gewerteten Ergebnis reagierte die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 3. Juni 1996 in Köln auf die tiefe Krise, in die das System der vertragsärztlichen Honorierung geraten ist. Mit innerärztlicher Solidarität bewältigten die Delegierten auch andere konfliktbeladene Themen wie den Disput zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten um die hausärztliche Versorgung und das Dauerthema „Verzahnung“.

Praxisbudgets erst ab dem 1. Januar '97

Angewendet werden wird der Grundsatz der Gleichwertigkeit ärztlicher Leistungen erstmals bei der Festlegung von fachgruppenspezifischen, fallzahlabhängigen Praxisbudgets, die zum 1. Januar 1997 bundesweit eingeführt werden sollen. Die KBV-VV beschloß dies mit überwältigender Mehrheit.

Die Praxisbudgets setzen sich zusammen aus einer fachgruppenspezifischen und rentnergewichteten Punktzahl pro Fall, multipliziert mit der Fallzahl der Praxis. Die so errechnete Punktzahl stellt die Obergrenze für die Gesamtpunktzahl der vom Arzt in seiner Praxis maximal abrechenbaren Punkte dar. Das bedeutet: Innerhalb der Budgetgrenzen werden alle wirtschaftlich er-

brachten Leistungen vergütet, das Budget übersteigende Leistungen aber nicht. Neben diesen Praxisbudgets wird es sogenannte nichtbudgetfähige Leistungen geben, die neben dem Budget abgerechnet werden können.

Mit dieser Entscheidung folgte die KBV-VV mit großer Mehrheit der Einschätzung des KBV-Vorsitzenden Dr. Winfried Schorre, daß die Vertragsärzte auf die politisch gewollte Begrenzung der Finanzmittel mit einer entsprechenden Leistungsbegrenzung reagieren müßten. „Diese honorarpolitische Maßnahme ist unsere Antwort auf die politische Vorgabe des Budgets zum Schutz der Kollegen und zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung“, sagte Schorre.

Praxisbudgets führen nicht zum Einheitseinkommen

Bei der Kalkulation der Praxisbudgets soll von dem Grundsatz ausgegangen werden, daß alle Ärzte ein im Prinzip gleiches ärztliches Honorar bekommen. Schorre erklärte, daß damit zwar die Gleichwertigkeit der ärztlichen Leistung betont werde, keineswegs aber ein normiertes Einkommen für alle Kollegen festgelegt sei.

Ein weiterer Grundsatz bestehe in der Berücksichtigung der sehr unterschiedlichen Betriebskosten. Schorre berichtete, daß die Honorarabteilung der KBV dazu bereits umfangreiche Erhebungen von Daten bei Banken, Steuer- und Wirtschaftsprüfungsgesellschaften, der

DATEV und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung vorgenommen habe. Nach Abzug der ermittelten Gesamtbetriebskosten verbliebe ein Betrag von rund 12 Milliarden DM als zu verteilende Honorarsumme. Daraus ergebe sich ein kalkulatorisches Arzteinkommen von durchschnittlich 145 000 DM pro Arzt und Jahr. Die individuellen realen Einkommen jedoch, betonte Schorre, würden auch in Zukunft divergieren. Das Einkommen des einzelnen Kollegen werde abhängig sein von der Zahl der Patienten, vom Umfang nicht budgetfähiger Leistungen und von der Qualität der Praxisführung. Schorre ließ aber keinen Zweifel daran auf-



Dr. Winfried Schorre erläuterte die Funktion der fachgruppenspezifischen, fallzahlabhängigen Praxisbudgets. (Foto: Archiv)

kommen, daß die Unterschiede im Einkommen innerhalb der Fachgruppen und zwischen den Fachgruppen deutlich schrumpfen werden.

Da dieser völlig neue Weg der „Verteilungsoptimierung“ einen umfangreichen Diskussionsbedarf in den Kassenärztlichen Vereinigungen einerseits und mit den Berufsverbänden andererseits erfordert, seien KBV-Vorstand und Länderausschuß vom ursprünglichen Einföhrungstermin 1. Juli 1996 abgerückt und schlugen nun den 1. Januar 1997 vor. Das Ergebnis dieser Beratungen solle zudem vor der Inkraftsetzung einer unabhängigen Institution zur Prüfung der betriebswirtschaftlichen Praktikabilität vorgelegt werden.

Sofortmaßnahmen einmütig verabschiedet

Auch den Vorschlägen zu Ad-hoc-Maßnahmen für das laufende Jahr folgte die VV mit nur wenigen Gegenstimmen. Die Delegierten schlossen sich der Auffassung des KBV-Vorstandes an, daß trotz juristischer Bedenken auch rückwirkende Maßnahmen ergriffen werden müßten, um vor allem die Kollegen zu schützen, die nicht an der Leistungsvermehrung im ersten Quartal 1996 teilgenommen haben.

Diese Maßnahmen sind im einzelnen:

- Budgetierung von Gesprächs- und Beratungsleistungen (GO-Nrn. 10, 11, 17, 18, 42, 60 und 801) für das abgelaufene I. Quartal und das laufende II. Quartal 1996 sowie
- die Einführung weiterer Teilbudgets ab dem III. Quartal 1996 (Kapitel C I, C II, C III, C V und D I EBM '96).

Statt Schuldzuweisungen sind Lösungswege gefragt

Diesen sehr klaren Voten der KBV-VV vorausgegangen war eine lebhaftere Diskussion, bei der allerdings das gefürchtete Scherbenge-



*Dr. Wilhelm Peter Winkler:
„Nicht der EBM ist gescheitert, sondern wir sind gescheitert.“
(Foto: Archiv)*

richt mit gegenseitigen Schuldzuweisungen ausblieb. Mit klaren Worten, nicht nur des KBV-Vorsitzenden, wurden Versuche zurückgewiesen, die Verantwortung für die explosionsartige Mengenentwicklung dem neuen EBM und damit dem KBV-Vorstand anzulasten.

Nach den Worten des ehemaligen Berliner KV-Vorsitzenden Dr. Manfred Richter-Reichhelm zum Beispiel ist die „EBM-Katastrophe“ vorhersehbar gewesen, es sei aber nichts unternommen worden, um sie zu verhindern. Dadurch sei ein finanzieller Fehlbedarf von 13 Milliarden DM entstanden. „Welcher Vorstand eines Unternehmens kann sich das leisten?“, fragte Richter-Reichhelm.

Dagegen erinnerten vor allem nordrheinische Delegierte daran, daß der EBM selbst wie auch seine Einföhrungsmodalitäten von den Delegierten der KBV-VV beschlossen worden seien. „Das jetzt entstandene Geschrei ist nicht verständlich“, so Angelika Haus, stellvertretende Vorsitzende der KBV-VV und nordrheinisches Vorstandsmitglied. „Sie alle haben doch diesem neuen EBM zugejubelt und einen Probelauf abgelehnt“, sagte sie. Dem Vorwurf, der neue EBM sei „Unfug“, trat auch der Kölner Urologe Dr. Wilhelm Peter Winkler entgegen. Den Unfug hätten alle gemeinsam betrieben. Er stellte fest: „Nicht der EBM ist gescheitert, sondern wir sind gescheitert.“

Vor allem an die Adresse der Berufsverbände richtete Schorre die Mahnung, den Blick für die Realität auch bei der Diskussion über die Höhe des Praxisbudgets zu wahren.

Denn: „Die Summe der Wünsche der Berufsverbände macht letztlich das Doppelte der Gesamtvergütung aus.“

Widersprüche zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten aufgelöst

Die vertragsärztliche Solidarität, mit der das Thema EBM diskutiert und beschlossen wurde, kam auch bei den anderen Tagesordnungspunkten zum Tragen. Bereits in seinem Bericht zur Lage hatte Schorre die Kolleginnen und Kollegen aufgefordert, „das vor allem von Berufspolitikern aufgebaute Spannungsfeld zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung endgültig zu beseitigen“. Das vorrangige Problem sei dabei, die Widersprüche zwischen Allgemeinmedizinern und Internisten aufzulösen.

Zwei Lösungswege böten sich an: die Integrationslösung, also eine Verschmelzung von Allgemeinmedizin mit der inneren Medizin, oder das Differenzierungsmodell, das die Allgemeinmediziner der hausärztlichen und die Internisten der fachärztliche Versorgung zuordne. Sollte sich das Differenzierungsmodell durchsetzen, so müsse sichergestellt werden, daß die Weiterbildung zum Allgemeinarzt quantitativ ausgebaut und qualitativ sichergestellt werde.

Die Delegierten stimmten mehrheitlich für das Differenzierungsmodell und sprachen für den 99. Ärztetag die Empfehlung aus, die Weiterbildungszeit für Allgemeinmediziner auf fünf Jahre zu verlängern.

Bedarfsabhängige persönliche Ermächtigungen

Empfehlungen gab die KBV-VV auch zum Thema „Verzahnung ambulant/stationär“ ab. Zuvor hatte die Versammlung mit Empörung auf die Mitteilung reagiert, daß der Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK) beabsichtige, dem deutschen Ärztetag im Rahmen eines Leitantesrages eine Regelermächti-



*Für die Integration der psychologischen Psychotherapeuten:
Dr. Gernot Blum
(Foto: Archiv)*

gung für alle vierjährig weitergebildeten Klinikärzte in spezialisierten Bereichen für die Konsiliarberatung auf Überweisung eines niedergelassenen Arztes oder Facharztes desselben Gebietes vorzuschlagen.

KBV-Vorstandsmitglied Dr. Lothar Wittek sah in der Absicht des BÄK-Vorstandes einen Bruch der Vereinbarungen zwischen KBV und BÄK und forderte die Bundesärztekammer auf, zu den gemeinsamen Positionen zurückzukehren.

Diese gemeinsame Position hatte Schorre eingangs skizziert. Demnach sollten gezielte personengebundene Ermächtigungen qualifizierter Krankenhausfachärzte ausgesprochen werden. Als erste Definition der sogenannten „hochspezialisierten Bereiche“ habe man sich geeinigt auf Leistungen aus den Bereichen: interventionelle Kardiologie, Gastroenterologie und Radiologie sowie spezielle Probleme der AIDS-Erkrankungen und onkologische Fälle.

Dementsprechend votierte die Versammlung für eine bedarfsgerechte persönliche Ermächtigung von besonders qualifizierten Krankenhausärzten und machte deutlich, daß sie davon abweichende Initiativen auf dem Deutschen Ärzte-tag nicht akzeptieren werde.

Psychologische Psychotherapeuten künftig KV-Mitglieder

Weniger innerärztliche Solidarität als politische Weitsicht war gefragt bei dem letzten heißen Eisen, mit dem sich die KBV-VV zu beschäftigen hatte, nämlich mit der Integration der psychologischen Psy-

chotherapeuten in die Kassenärztlichen Vereinigungen.

Nach Auffassung des KBV-Vorsitzenden Schorre geht es dabei um die Festigung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen für die gesamte ambulante Versorgung. Deswegen könne nicht länger zugelassen werden, daß sich die bereits vorhandene Aufspaltung in eine vertragsärztliche Psychotherapie auf der einen und in eine psychologische Psychotherapie außerhalb der KVen auf der anderen Seite weiter verfestige. Denn es bestehe die Gefahr, daß die ärztlichen Psychotherapeuten den außerhalb der Vertragslage arbeitenden psychologischen Psychotherapeuten zugeschlagen würden.

Das Integrationsmodell des KBV-Vorstandes sieht vor:

- ▶ Psychologische Psychotherapeuten werden in den Strukturen der KVen mit allen Rechten und Pflichten den Vertragsärzten gleichgestellt.
- ▶ Eine Bedarfsplanung regelt den Neuzugang für alle Psychotherapeuten ab einem bestimmten Stichtag.
- ▶ Die Qualifikation der Psychotherapeuten muß den Psychotherapie-Richtlinien entsprechen.
- ▶ Die Gesamtvergütung wird um den Betrag angehoben, der jetzt schon von den Kassen erstattet wird.



*Aus Erfahrung skeptisch:
Dr. Gerda Enderer-Steinfurt
(Foto: Archiv)*

Der nordrheinische Delegierte Dr. Peter Potthoff warnte davor, „diese Türe aufzumachen“. Denn die Folge könnte sein, daß auch andere Leistungserbringer im Gesundheitswesen den Zugang zu den KVen erzwingen würden.

Dr. Gernot Blum, KV No-Vorstandsmitglied, appellierte dagegen an die Mitglieder der VV, für das Integrationsmodell zu stimmen. Denn schon heute würden 50 Prozent der psychotherapeutischen Leistungen durch sogenannte Erstattungspsychologen erbracht, und das „gegen alle bestehenden Verträge“. Während sich ärztliche Therapeuten mit 101 DM pro Sitzung zufriedengeben müßten, erhielten die Erstattungstherapeuten Beträge zwischen 130 DM und 150 DM. Um diese Praxis zu beenden, gäbe es keine bessere Lösung als die Integration. Eine Bedarfsplanung sei allerdings dringend geboten. Mit einer Mehrheit von 52 zu 40 Stimmen nahm die KBV-VV das Integrationsmodell an und löste damit ein seit 20 Jahren diskutiertes Problem.

Kostenerstattung als Weg aus der Misere?

Die Diskussion über die dritte Stufe der Gesundheitsreform konzentrierte sich auf die Forderung nach Einführung der Kostenerstattung. Da das Sachleistungssystem „destabilisierend auf das gesamte Gesundheitssystem“ wirke, solle es kurzfristig durch ein Kostenerstattungssystem ersetzt werden, so der Antrag des Hartmannbund-Vorsitzenden Dr. Hans-Jürgen Thomas. Ab dem 1. Januar 1997 solle es in zwei KV-Bereichen erprobt werden. Dadurch sei Transparenz in der Abrechnung und Kostenbewußtsein bei den Versicherten herzustellen.

Auch die Kölner Gynäkologin Dr. Gerda Enderer-Steinfurt sprach sich für die Erprobung aus, äußerte aber Skepsis hinsichtlich der Beteiligung ihrer Kollegen an solchen Modellversuchen. Der Antrag wurde schließlich an den Vorstand überwiesen.