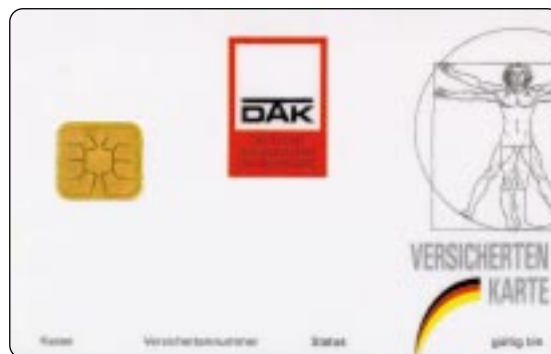


Krankenversichertenkarte

Kassenärzte fordern Honorarnachzahlung

Bei den Verhandlungen zwischen Krankenkassen und Kassenärzten über die neuen Gesamtverträge wird die Krankenversichertenkarte eine bedeutsame Rolle spielen. Die KBV glaubt nachweisen zu können, daß die Plastikkärtchen – 1994 bundesweit eingeführt – zu einer erheblichen Zunahme des Leistungsbedarfs geführt haben. Allein für die Jahre 1996 und 1997 errechnet sich daraus eine Honorarnachforderung von rund drei Milliarden DM. Die Primärkassen sind stärker betroffen als die Ersatzkassen.



Daß mit der Krankenversichertenkarte die niedergelassenen Ärzte vermehrt in Anspruch genommen werden würden, war der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bereits vor der bundesweiten Einführung der Plastikkarte klar. Die Krankenkassen haben eine solche Möglichkeit zumindest nicht ausgeschlossen. Deshalb findet sich in der Vereinbarung über die Einführung der Krankenversichertenkarte ein Paragraph, der auf diese Situation eingeht:

„Wird eine Zunahme des Leistungsbedarfs als Folge eines durch die Krankenversichertenkarte geänderten Inanspruchnahmeverhaltens gemeinsam festgestellt, so werden die Partner dieser Vereinbarung (KBV und Spitzenverbände

der Krankenkassen, Anmerkung der Redaktion) darauf hinwirken, daß die Partner der Gesamtverträge in ihren jeweiligen Vergütungsvereinbarungen entsprechende Ausgleichsregelungen treffen.“

Im Klartext: Führt die Chipkarte nachweislich zu mehr Fällen, muß es auch mehr Honorar geben. Die KBV hat zwischenzeitlich keine Zweifel mehr, daß eine solche Entwicklung in den vergangenen Jahren eingetreten ist. Das Mehr an Leistungsbedarf sei

einerseits durch Versicherte verursacht worden,

► die mit der Karte verschiedene Ärzte „getestet“ oder sich eine Zweitmeinung eingeholt hätten;

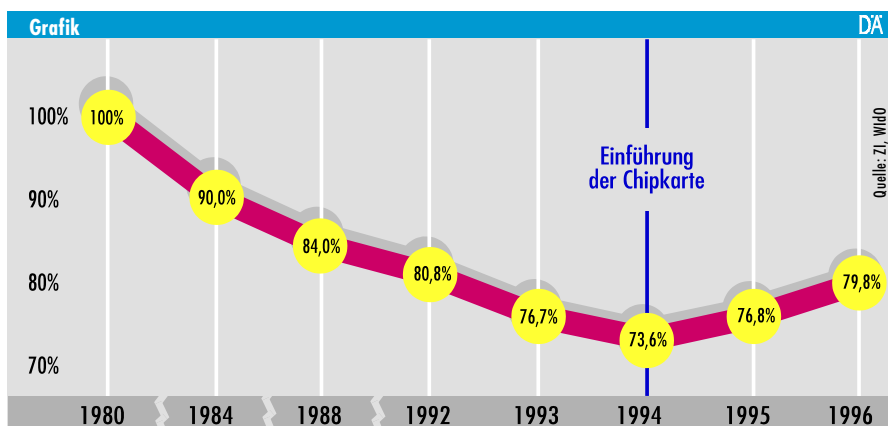
► die bewußt mehrere Ärzte aufgesucht hätten, um ein von ihnen gewünschtes Arznei- oder Heilmittel zu erhalten.

Andererseits ließe sich die Zunahme des Leistungsbedarfs auf das „Vagabundieren“ gültiger, überzähli-

ger der GfK Gesundheits- und Pharmamarkt-Forschung. Danach sieht mehr als die Hälfte aller GKV-Versicherten einen Vorteil der Krankenversichertenkarte darin, mehrere Ärzte um ihre Meinung bitten zu können. Knapp 20 Prozent der Versicherten haben eine Disposition zur extensiven Nutzung der Chipkarte.

Die jährlichen Fallzahlanalysen des ZI bringen weitere Erkenntnisse: 1995 sind die Fallzahlen der niedergelassenen Ärzte um 2,6 Prozentpunkte stärker gestiegen als sonst üblich. Für 1996 zeichnet sich ebenfalls eine überproportionale Zunahme (rund zwei Prozentpunkte) ab. Der Trend, so Krimmel, setze sich fort. Folgeuntersuchungen hätten gezeigt, daß es seit der Einführung der Krankenversichertenkarte zu einem „erheblichen Zuwachs an Mehrfachinanspruchnahmen von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen“ gekommen sei.

Im selben Maße, in dem die genannten Untersuchungen einen wachsenden Einfluß der Krankenversichertenkarte auf die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erkennen ließen, versuchten die Krankenkassen nach Überzeugung der KBV, diese Effekte „herunterzureden“ und weitere gemeinsame Studien zu verzögern. Krimmel ist sich dennoch sicher, daß die Auswirkungen der Chipkarte nicht länger ernsthaft bestritten werden können. Verfolgt man die Entwicklung der Fallzahlen von 1980



Entwicklung der Fallzahlen je Arzt von 1980 bis 1996 in den alten Bundesländern (Index 1980 = 100)

ger Krankenversichertenkarten zurückzuführen. Die Zahl wird auf zwei Millionen geschätzt.

Dr. med. Lothar Krimmel, stellvertretender Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, verweist auf eine Studie aus dem Jahr 1996 – erhoben vom Wissenschaftlichen Institut der Ortskrankenkassen (WidO) und dem Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) – sowie auf eine repräsentative Befragung von Infratest und

an, spricht tatsächlich vieles für diese Einschätzung. Bis 1994 sinken die Fallzahlen von Jahr zu Jahr kontinuierlich. Mit der Einführung der Krankenversichertenkarte steigen sie wieder an – ein Effekt, der nach Auffassung der KBV nur durch die Chipkarte erklärbar ist.

Weil sich die Auswirkungen der Karte erst von 1996 an statistisch erfassen lassen, beziehen sich die Honoraransprüche der Kassenärztlichen Vereinigungen erstmals auf die Jahre 1996 und 1997. Aber auch für diesen Zeitraum kommen beachtliche Beträge zusammen. Dr. Lothar Krimmel beziffert den Honorarmehrbedarf aufgrund des geänderten Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten auf 2,6 Prozent der Gesamtvergütung für 1996 und 4,6 Prozent für 1997. Das entspricht einer Honorarnachforderung an die Ersatzkassen in Höhe von 1,22 Milliarden DM und 1,87 Milliarden DM an die Primärkassen. Summa summarum: rund drei Milliarden DM.

Die KBV schlägt den Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder vor, mit den Krankenkassen zunächst über eine Verrechnung verschiedener Ansprüche zu verhandeln. Während die Kassen Rückforderungen wegen der zu hoch geschätzten Grundlohnsammenentwicklung in den Jahren 1996 und 1997 anmelden, fordern die KVen Honorarnachzahlungen wegen des vermehrten Leistungsbedarfs aufgrund der Chipkarte ein.

Eine Alternative zu diesem Vorgehen sind die anstehenden Verhandlungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen über die Gesamtverträge. Angesichts der gegenwärtigen Verhandlungsstrategie der Kassen (siehe dazu auch den Leitartikel in diesem Heft) dürfte eine Einigung schwierig sein. Dies um so mehr, als die Auswirkungen der Krankenversichertenkarte nach dem Vertragstext von beiden Verhandlungspartnern *gemeinsam* festgestellt werden müssen. Erst dann wäre die Grundlage für Ausgleichsregelungen gegeben. Sollten die Kassen sich der gemeinsamen Feststellung verweigern, könnten bei Verhandlungen über die Gesamtverträge die Schiedsämter zur Klärung der Streitfrage angerufen werden.

Josef Maus

Krankenhausreform

Bettenabbau nach flexiblen Kriterien

Die nordrhein-westfälische Landesregierung beabsichtigt, das Landeskrankenhausgesetz im Laufe des Jahres 1998 zu revidieren und den Landeskrankenhausplan darauf abzustellen. Absicht ist es, noch auf der Grundlage des *alten* Krankenhausrechtes rund 7 300 Krankenhausplanbetten zügig noch vor der Novellierung bis zum Jahr 2006 abzubauen, stillzulegen oder auf andere soziale Zwecke „umzuwidmen“. Der kurz vor der parlamentarischen Sommerpause den beteiligten Spitzenorganisationen übermittelte Referentenentwurf zur Novellierung des Krankenhausgesetzes NRW hat inzwischen unterschiedliches Echo gefunden.

Nach Ankündigungen des nordrhein-westfälischen Ministers für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Dr. rer. pol. Axel Horstmann (SPD), Düsseldorf, und dem inzwischen fertiggestellten Referentenentwurf zur Novellierung des Krankenhausgesetzes Nordrhein-Westfalen (KH-NW) soll der politisch verordnete Klinikbettenabbau forciert und es sollen kurzfristig mindestens 50 Krankenhausabteilungen und neun Krankenhäuser zwischen Rhein und Ruhr kurz- und mittelfristig geschlossen werden. Dies soll auf der Grundlage des alten Krankenhausrechtes erfolgen, ohne sich dabei jedoch im Verfahren an das Krankenhausrecht zu halten. Auch sollen die Finanzierungsmodalitäten umgestellt und andere, mehr leistungsbezogene Kriterien herangezogen werden („Weg vom miternachtswarmen Bett!“).

Politische Absicht ist es auch, der Selbstverwaltung und den Direktver-

handlungskontrahenten „vor Ort“ künftig mehr Kompetenzen und Eigenverantwortungsbereiche zuzugestehen. Dies soll insbesondere auch im Hinblick auf die unmittelbare Beteiligung der Betroffenen, insbesondere der Ärztekammern, an der Krankenhausplanung des Landes gelten. Dies sind zum Teil Forderungen, die sowohl von der Landeskrankenhausgesellschaft als auch den beiden Ärztekammern des Landes Nordrhein-Westfalen (Nordrhein; Westfalen-Lippe) wiederholt vorgebracht worden sind.

Mit Hilfe einer flexibilisierten Krankenhausplanung sollen die stationären Kapazitäten schneller den veränderten Bedingungen, den finanziellen Leistungsmöglichkeiten der Kostenträger, den demographischen Erfordernissen und der veränderten Einweisungshäufigkeit angepaßt werden. Ziel ist es, bis zum Jahr 2006 rund 7 300 Krankenhausbetten sowohl in kleineren und mittelgroßen Akut-

Horstmanns Abschlußliste

Folgende Krankenhäuser in Nordrhein-Westfalen haben eine Kündigung der Versorgungsverträge durch die Krankenkassen erhalten; das Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen, Düsseldorf, hat diesen Kündigungen zugestimmt:

- ▷ Hospital zum Heiligen Geist in Geseke;
- ▷ St. Jacobi-Stift in Werther, Westfalen;
- ▷ Hausemann-Stift in Dortmund;
- ▷ Evangelisches Krankenhaus in Rheda-Wiedenbrück;

- ▷ Maria-Hilf-Krankenhaus in Bochum. Die genannten Krankenhäuser haben Klage gegen die Kündigung eingereicht.

Folgende Krankenhäuser sollen aus dem Krankenhausplan des Landes NRW herausgenommen werden:

- ▷ Klinik Aprath in Wülfrath;
- ▷ Heilig-Geist-Hospital in Hagen-Haspe;
- ▷ Städtisches Krankenhaus in Tönisvorst;
- ▷ St. Johannes-Hospital in Altenberge. □

krankenhäusern als auch im Bereich der Versorgungsstufe Zentral- und Maximalversorgung einschließlich der Universitätskliniken abzubauen und stillzulegen.

Wie das Land die Krankenhauspolitik über das zu novellierende Landeskrankengesetz und die Bedarfsplanung ändern und auf Sparkurs trimmen will, verdeutlichte der Krankenhausreferatsleiter des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales, Dr. med. Julius Siebertz, vor einem Fachsymposium Mitte Juni in Bielefeld. Danach will das Land wie bisher die Letztverantwortung für die Konzeption und Durchsetzung sowie die Überwachung des Krankenhausplanes des Landes behalten. Das Land will sich allerdings künftig auf einen Rahmenplan beschränken. Darüber hinaus sollen Planverträge zwischen Krankenhausträgern und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen vorgeschrieben und eine Schwerpunktplanung soll festgelegt werden – allerdings nur dann, wenn die Planverträge wegen überregionaler Bedeutung der Fachdisziplinen direkt nicht in Betracht kommen.

Planverträge

Die Planverträge sollen die Festsetzungen der Disziplinen mit den entsprechenden Bettenzahlen für das jeweilige Krankenhaus enthalten. Die Festlegungen müssen der Konzeption des zuständigen Ministeriums zufolge durch das Land beziehungsweise die Landesaufsichtsbehörden genehmigt werden. Die Planung für besondere überregionale Aufgaben soll wie bisher ausschließlich dem Land vorbehalten bleiben. Für die wohnortnahe Versorgung sollen künftig mehr als bisher die regionalen und örtlichen Notwendigkeiten aus den übrigen Sozial- und Gesundheitsbereichen einbezogen werden (verbundene Sozialplanung). Ziel der Landesregierung ist es, die Rationalisierungsmaßnahmen in den Kliniken mit gesetzlichem Druck zu forcieren. Die Sparreserven der Krankenhäuser seien noch nicht ausgeschöpft, obwohl Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer diese Meinung neuerdings nicht mehr teilt. In Nordrhein-Westfalen dominieren

die freigemeinnützigen und kirchlichen Träger, gemessen an der Anzahl der Klinikplanbetten.

Bei einer Bettenreduzierung sollen die Pauschalen wie folgt berechnet werden:

– Das Krankenhaus enthält eine „Basiszahlung“ (feste Leistungspauschale) in Höhe von 75 Prozent der anerkannten Bettenzahl.

– Hinzu kommt ein variabler Zuschlag in Höhe von 25 Prozent, der auf der Grundlage der jeweils fortgeschriebenen Planbettenzahl (künftiges Betten-Ist) berechnet wird.



Beispiel NRW: Immer mehr Klinikbetten werden stillgelegt. Foto: Archiv/Walter Neusch, Mannheim

– Bei wesentlichen Strukturänderungen (etwa bei einer Umwidmung oder Schließung geräteintensiver Abteilungen) sollen die Pauschalmittel neu berechnet werden. Dadurch soll der Anreiz, nicht belegte Betten zu betreiben, vermindert werden.

– Künftig sollen die gesetzlichen Auflagen der §§ 137 ff. Sozialgesetzbuch V (SGB V) einen noch höheren Stellenwert als bisher erhalten. Im Gesetzentwurf sind die Ärztekammern expressis verbis in den Kreis der unmittelbar an der Krankenhausplanung Beteiligten aufgenommen worden. Allerdings ist in der derzeitigen Fassung des Entwurfs nicht mehr vorgesehen, daß gesetzlich statuiert wird, das ausdrückliche Einvernehmen mit den Ärztekammern bei der Durchführung externer qualitätssichernder Maßnahmen herbeizuführen. Darin

sehen der Landesverband Nordrhein-Westfalen/Rheinland-Pfalz des Marburger Bundes und die beiden Ärztekammern Nordrhein-Westfalen und Westfalen-Lippe eine gravierende Verschlechterung gegenüber dem derzeitigen Rechtszustand.

„Einkaufsmodell“ durch die Hintertür?

Skeptisch bis ablehnend beurteilen die Landeskrankengesellschaft Nordrhein-Westfalen (KGNW) ebenso wie der Landesverband des Marburger Bundes die im Gesetzentwurf des Ministeriums vorgesehene Regelung, wonach die pauschale Förderung der Krankenhäuser nicht nur für kurzfristige Anlagegüter eine vierte Anforderungsstufe erhalten, sondern künftig auch ein anderer finanziell nicht ausreichender Finanzierungsmodus gelten soll (anstelle der strikten Koppelung an die Bettenzahl). Vermißt wird von der KGNW eine angemessene Erhöhung der Förderungspauschalen, eine bloße Umverteilung sei nicht ausreichend. Die Förderung müsse eine zuverlässige Größenordnung umfassen, die der alleinigen Investitionsverantwortung der Krankenhäuser übertragen wird.

Befürchtet wird, daß unter dem Etikett der „Vorfahrt der Selbstverwaltung“ und der Mitspracherechte auch der Kostenträger ein „Einkaufsmodell“ der Krankenkassen eingeführt wird mit der Maßgabe, mehr Einfluß auf die (externe) Krankenhausplanung des Landes zu nehmen und damit indirekt auch das interne Leistungsangebot der Kliniken von außen mitzubestimmen. Deshalb könne nicht damit gerechnet werden, daß Betten auf freiwilliger Basis zügig abgebaut werden.

Die Krankenhausgesellschaft beurteilt die Finanzierungsmechanismen ebenso skeptisch, weil die Entscheidungsbefugnisse der Krankenkassen in nicht hinnehmbarer Weise gestärkt würden. Es könne nicht angehen, daß sich das Land aus der Planung weitgehend zurückzieht und den Krankenkassen hier das Feld überläßt, so der Geschäftsführer der KGNW, Reinhard Stadali, gegenüber der Redaktion des Deutschen Ärzteblattes. Dr. Harald Clade