

durchgeführte Studie zur Evaluierung endoskopischer Operationsverfahren zeigte, daß bei den Entscheidungen von Patienten für die Arztpraxis als ambulante Behandlungseinrichtung, in der sie operiert werden wollen, nicht zuletzt die Liege- beziehungsweise die Genesungsdauer, die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und die Handlungseinschränkungen durch einen Krankenhausaufenthalt eine wichtige Rolle spielen. Darüber hinaus sprechen der geringere Behandlungsaufwand und die daraus resultierenden Einsparmöglichkeiten für die ambulante Leistungserbringung.

Allerdings gibt es Operationsarten, die sich für die ambulante Durchführung weniger eignen. Vor allen anderen Überlegungen muß bei der Entscheidung über den Ort der Leistungserbringung die Frage medizinischer Risiken beachtet werden. Keinesfalls sollte aber nur deshalb auf medizinisch indizierte operative Eingriffe verzichtet werden, weil Patienten sich ihnen ambulant unterziehen möchten und weil sie unter den gegenwärtigen finanziellen Bedingungen ambulant nicht mehr kostendeckend zu erbringen sind.

### Seit Jahren kontinuierlicher Rückgang der Vergütung

Die steigende Nachfrage auf der einen und die Begrenzung der Gesamtvergütung für vertragsärztliche Leistungen auf der anderen Seite haben seit 1993 einen kontinuierlichen Rückgang der Vergütungen für ambulante Operationen verursacht. Ambulant operierende Ärzte müssen überdurchschnittlich in Räume und Personal sowie in die medizinisch-technische Ausstattung investieren, damit die Patienten von diesen besonderen Behandlungsmöglichkeiten profitieren können. Nur wenn die Krankenkassen auch dieser Tatsache Rechnung tragen, werden auch künftig nicht notwendige Krankenhausaufenthalte vermieden werden können. Dr. phil. Ingbert Weber

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung: Rückgang der Krankenhaüsfälle mit Operation – Strukturwandel im Gesundheitswesen und Leistungsinduktion im ambulanten Versorgungsbereich, Köln, Juni 1998

## Kassenärzte

# Ersatzkassen-Verband in der Sackgasse

Der einstige „Vorzeigepartner“ der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erweist sich als kaum mehr verhandlungsfähig. Ein Imageverlust ist die Folge.

**N**ichts geht mehr. Auf diese kurze Formel kann das aktuelle Vertragsverhältnis zwischen Kassenärztlichen Vereinigungen auf der einen und dem Ersatzkassenverband VdAK auf der anderen Seite gebracht werden. Von der ursprünglichen Funktion dieses Vertragsverhältnisses als „Zugpferd“ und Taktgeber für die gesamte Gesetzliche Krankenversicherung ist damit faktisch nichts mehr übrig geblieben. Heute werden die Orts- und die Betriebskrankenkassen von den Kassenärztlichen Vereinigungen als wesentlich flexiblere Verhandlungspartner eingeschätzt.

Für diesen rasanten Verfall des Ersatzkassen-Image sind im wesentlichen zwei Ursachen auszumachen: zum einen der Risiko-Strukturausgleich, durch den die Ersatzkassen jedes Jahr Milliardenbeträge an andere Krankenkassen zu zahlen haben, und zum anderen die Regionalisierung der Vertragsbeziehungen, die für die Ersatzkassen als bundesweit operierende Krankenkassen naturgemäß besonders problematisch ist. Beide Faktoren sind unmittelbare Auswirkungen des Gesundheitsstrukturgesetzes von 1992. Hinzu kommt, daß es im früher geschlossenen Lager der Ersatzkassen zu einem Auseinanderdriften der Interessenlagen des Ersatzkassenverbandes als gesetzlichem Vertragspartner einerseits und der mächtigen Einzelkassen andererseits kommt.

Im Ergebnis hat dies bereits heute zu einer weitgehenden Entmachtung des VdAK geführt, der in seiner rigiden und ganz auf die sektorale Kostendämpfung ausgerichteten Politik offensichtlich nur noch von der DAK

unterstützt wird. Während die BEK als größte deutsche Krankenkasse den Weg in eine eigenständige Vertragspolitik mit vielversprechenden Modellversuchen bereits eingeschlagen hat, ist die Techniker-Krankenkasse mit einem Anteil von 40 Prozent freiwillig versicherter Mitglieder ohnehin schon eine „halbe“ Privatversicherung und will sich dementsprechend ein eigenes vertragspolitisches Profil geben.

### Anfang September: Der Tiefpunkt ist erreicht

Anfang September 1998 wurde der bisherige Tiefpunkt der Vertragsbeziehungen erreicht. Anlässlich eines Symposiums teilte ein Vertreter des VdAK beiläufig mit, daß sich die Ersatzkassen im Hinblick auf die Gesamtverträge für 1998 definitiv nicht dem Einigungsangebot der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für eine Bundeslösung nähern könnten. Damit ging eine zwölf Monate währende Verhandlungs-Posse definitiv zu Ende, in deren Verlauf die Ersatzkassen von Mal zu Mal schlechtere „Kompromißvorschläge“ unterbreiteten, von denen sie sich im Anschluß an die jeweiligen Sitzungen jedesmal wieder distanzieren (*Tabelle*). So auch im letzten Spitzengespräch am 10. August 1998, als die KBV mit den Vorständen der großen Einzelkassen bereits eine Einigung erzielt hatte, die im Anschluß an das Gespräch vom VdAK unter Berufung auf ein angebliches „Mißverständnis“ kassiert wurde. Im Ergebnis hatten die Ersatzkassen ihre Verhandlungsangebote im Verlauf eines Jahres stu-

fenweise um mehr als 220 Millionen DM reduziert.

Die Vertragsverhandlungen mit den Ersatzkassen werden dabei überlagert von einem Urteil des Bundessozialgerichts, das sich auf die Berechnung der Gesamtvergütungen des Jahres 1993 bezieht. Aus diesem Urteil leiten die Ersatzkassen Forderungen gegen die Kassenärzte in der Größenordnung von mehreren 100 Millionen DM ab.

### Rückforderungen nach dem BSG-Urteil

Zum Hintergrund: Die im Zuge von Wiedervereinigung und Aussiedlerstrom deutlich erhöhten Mitgliederzahlen der Ersatzkassen wurden

näherem Hinsehen als höchst problematisch, da sie nur dann realisiert werden kann, wenn es den Ersatzkassen gelänge, für die 18 Kassenärztlichen Vereinigungen der alten Bundesländer rückwirkend für das Jahr 1993 regionale Gesamtvergütungen festzulegen. Diese regionalen Gesamtvergütungen hat es jedoch tatsächlich erst ab dem Jahr 1996 gegeben, so daß eine „Rückrechnung“ und damit eine Spezifizierung der Ersatzkassen-Forderungen nahezu unmöglich ist.

Im übrigen weisen die KVen auf erhebliche eigene Nachzahlungsansprüche aufgrund der Inanspruchnahme-Steigerung nach Einführung der Chipkarte im Jahre 1995 hin. Inzwischen sind bundesweit rund fünf Milliarden DM aufgelaufen, oh-

Rückzahlungsansprüche das ehemals gute Vertragsverhältnis zu den Kassenärzten auf den Nullpunkt zurückzuführen.

### Einziges Ziel: Sektorale Kostendämpfung

In manchen Regionen gehen die Ersatzkassen sogar noch weiter. Unter Hinweis auf den niedrigeren Punktwert bei den Primärkassen wird in den regionalen Vertragsverhandlungen eine 15prozentige Reduzierung der Preise für die ärztlichen Leistungen gefordert, obwohl diese Preise aufgrund des nur den Ärzten aufgebürdeten Morbiditätsrisikos in den vergangenen fünf Jahren bereits um 30 Prozent gefallen waren. Dabei wird ferner vernachlässigt, daß die Ersatzkassen in den vergangenen Jahren von dem mit dem höheren Punktwert verbundenen Image stark profitiert haben.

Allen Beteiligten ist klar, daß der derzeitige Punktwert bei den Primärkassen kaum mehr die Praxiskosten abdeckt. Diese Politik läßt erkennen, daß es den Ersatzkassen um eine sture sektorale Kostendämpfung geht, ohne Rücksicht auf deren fatale Nebenwirkungen – insbesondere in Hinblick auf den enormen Kostenanstieg im Krankenhaus. Dies muß auf den entschiedenen Widerstand der Kassenärztlichen Vereinigungen stoßen.

Besonders aufschlußreich ist in diesem Zusammenhang der Vergleich der Fallwerte pro Kassenarzt: Er liegt im Bundesdurchschnitt bei den Ersatzkassen mit 80,60 DM sogar noch um einiges schlechter als bei den Primärkassen mit 82,00 DM. Zudem gibt es Hinweise, daß der durchschnittliche Ersatzkassen-Versicherte aufgrund seines höheren Anspruchsniveaus den Arzt in bezug auf die einzelne ärztliche Leistung signifikant stärker in Anspruch nimmt als der Primärkassen-Patient. Dies sollte die Ersatzkassen zu der Erkenntnis bringen, daß ihre aggressive Vertragspolitik gegenüber den Kassenärzten in die Irre führen muß und eine Ausweitung des bereits jetzt erkennbaren Mitgliederverlusts zur Folge haben könnte. Dr. med. Lothar Krimmel

Tabelle		
Ersatzkassen-Gesamtvergütung für 1998 in Westdeutschland (Entwicklung der „Kompromißvorschläge“)		
Datum der Verhandlungen	Zahlung für das Jahr 1998	Socket für für das Jahr 1999
25. September 1997	GL + 165 Mio. DM	GL + 300 Mio. DM
	↓	↓
2. Dezember 1997	GL + 165 Mio. DM	GL + 262 Mio. DM
	↓	↓
5. Februar 1998	GL – 52 Mio. DM	GL + 75 Mio. DM
	↓	↓
10. August 1998	GL – 56 Mio. DM	GL + 56 Mio. DM

GL = Honorarzuwachs durch Entwicklung der Grundlohnsumme (für 1998 geschätzt: + 270 Mio. DM)

von der KBV und dem Ersatzkassen-Verband in Abstimmung mit dem Bundesgesundheitsminister bei der Berechnung der Gesamtvergütung des Jahres 1993 einbezogen. Nachdem nun das Bundessozialgericht die Berücksichtigungsfähigkeit der Mitgliederentwicklung für 1993 verneint hatte, wollen die Ersatzkassen nichts mehr davon wissen, daß die Kassenärzte im Jahre 1993 Hunderttausende neue Ersatzkassen-Versicherte tatsächlich versorgt und daß die Ersatzkassen im Konsens mit der KBV die entsprechende Vergütung der Kassenärzte einvernehmlich geregelt hatten. Allerdings erweist sich die daraus abgeleitete Rückforderung bei

ne daß es bislang gelungen wäre, die Krankenkassen zu entsprechenden Zahlungen zu bewegen. Der Chipkarten-Effekt kann gleichwohl als wissenschaftlich eindeutig belegt gelten, zumal er sich nicht nur in einer Fallzahlsteigerung, sondern – bedingt durch die höhere fachärztliche Primäranspruchnahme – auch in einer Fallwertsteigerung niedergeschlagen hat.

Möglicherweise wird erst das Bundessozialgericht in einer erneuten Entscheidung darüber befinden, wer an wen Nachzahlungen in welcher Höhe zu leisten hat. Bemerkenswert ist allerdings, daß die Ersatzkassen bereit waren, wegen vermeintlicher