

KBV-Shootingstar Lothar Krimmel:

Sind die Kassenärzte noch zu retten?

Dieser Artikel ist die absolute „Pflichtlektüre“ für alle Kolleginnen und Kollegen in den Praxen

In der KBV sitzt zumindest ein strategischer Weitblicker: Dr. med. Lothar Krimmel, Stellvertreter von Dr. Hess. Krimmel ist der Vater der IGEL-Liste. Seine Schriftsätze pflegen grundsätzlich aufzuräumen. Bedauerlich, dass er hauptsächlich im Stillen wirkt. Mit dem Kanzler könnte man sagen: „Wir brauchen mehr Krimmel...“

Der folgende Artikel zeigt, wo es lang geht.

(BY)

...

Insbesondere **grüne Gesundheitspolitik** scheint **unempfänglich für die Erkenntnis**, dass es beim Gesundheitswesen in Deutschland um nicht mehr und nicht weniger als das hochkomplexe Zusammenspiel der gesundheitlichen Interessen von 72 Millionen Menschen und der beruflichen Interessen von 4 Millionen Beschäftigten geht.

...

Grüne Widersprüche

Insbesondere manche grüne Vorstellungen im Gesundheitswesen werden bereits an ihren inneren Widersprüchen scheitern müssen. Ein Beispiel hierfür ist die Forderung, **einerseits** für die **Beachtung von Leitlinien und Evidence-Based-Medicine** einzutreten, **andererseits** jedoch auch die **Patientenautonomie** und die Patientenmitwirkung an der Behandlung zu fördern, sich jedoch gleichzeitig dagegen zu verwahren, dass die über eine leitliniengestützte Behandlung hinausgehenden Leistungsansprüche der nunmehr informierten Patienten auf den privatmedizinischen Sektor verwiesen werden. Auch die Forderung nach einer **Positivliste für Arzneimittel unter Erhalt eines Schutzzauns** für die in der grünen Wählerschaft so beliebte „Blümchen-Medizin“ entspricht dem Versuch der Quadratur des Kreises in der Gesund-

heitspolitik. Es ist nicht nur medizinisch unsinnig, sondern auch verfassungsrechtlich fragwürdig, wenn die Frage der **Umstrittenheit von Arzneimitteln** entsprechend den ideologischen Vorlieben einer **Regierungspartei** beurteilt wird.

...

Pyrrussieg der Krankenkassen

Die **Krankenkassen** kann man im Hinblick auf die Eckpunkte der Regierungskoalition – jedenfalls bei vordergründiger Analyse – nur beglückwünschen. Sie haben **letztlich sämtliche strategischen Forderungen** der vergangenen Jahre **durchgesetzt**. Mit der Strukturreform werden sie endgültig zum alleinigen Machtzentrum des deutschen Gesundheitswesens und können nach Belieben die bislang einheitliche und überschaubare Versorgung zersplittern, **Prestigeprojekte** im Sinne solidarisch finanzierter Werbekampagnen ohne Widerstand einer dem Gesamtsystem verpflichteten Kassenärztlichen Vereinigung **durchsetzen** und schließlich durch nachhaltige, gerade auch vertragspolitische Risikoselektion ihren **Versichertenbestand um die „schlechten Risiken“** der chronisch Kranken **bereinigen**. ...

Wie problematisch die Vorstellungen der rot-grünen Koalition gerade in diesem Punkt sind, zeigt sich an der **irrigen Meinung**, dem Hang der Krankenkassen zur **Risikoselektion** könne **durch** die Verpflichtung der Kassen zum „gemeinsamen und **einheitlichen**“ **Vertragsschluss** mit einzelnen Ärzten und Arztgruppen begegnet werden.

▼ *Tatsächlich wird jedoch auf diese Weise die Risikoselektion zum einheitlichen Vorgehensprinzip, da die Krankenkassen künftig weder durch die KV als Verhandlungspartner noch durch den Wettbewerb unter-*

einander veranlasst werden, neue Konzepte für die Versorgung insbesondere von chronisch Kranken anzubieten, wenn diese keine unmittelbare Kostenreduktion versprechen.

...

KV-Appeasement-Politik ist gescheitert

Den Krankenkassen ist es im Übrigen auch im täglichen Verhandlungsgeschäft gelungen, ihre jeweiligen Positionen weitgehend durchzusetzen, indem sie – teilweise durch schlichte Verweigerung, teilweise unter Einsatz von Drohungen – in jede strategische Lücke nachgestoßen sind, die von der kassenärztlichen Selbstverwaltung im Zuge der bis zuletzt praktizierten „Appeasement-Politik“ geöffnet worden ist.

▼ *Insbesondere den Ersatzkassen war nahezu jedes Mittel recht, ihre strategische Zielvorgabe durchzusetzen, die Ausgaben für die ambulante Versorgung herunterzufahren. Der Erfolg dieser Bemühungen lässt sich an den in den letzten Jahren dramatisch gesunkenen Anteilen der kassenärztlichen Versorgung an den gesamten Leistungsausgaben der Krankenkassen ablesen (vgl. Abbildung 1). Das Jahr 1998 ist sogar zu einem regelrechten Triumph der unnachgiebigen Ersatzkassenstrategie gegenüber den bis zu-*

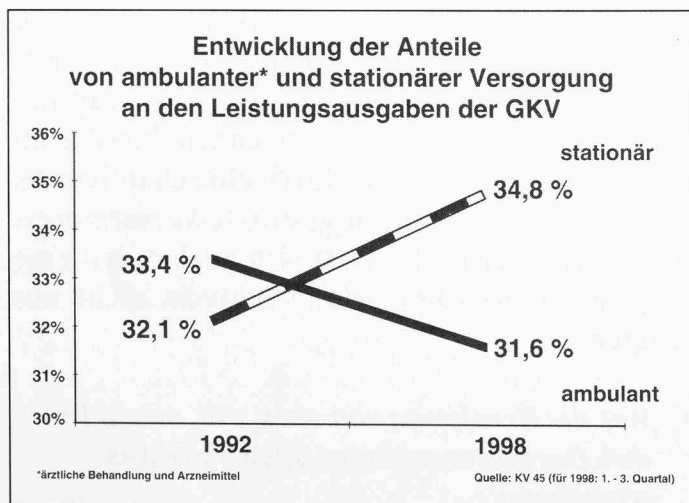


Abb. 1 ▲

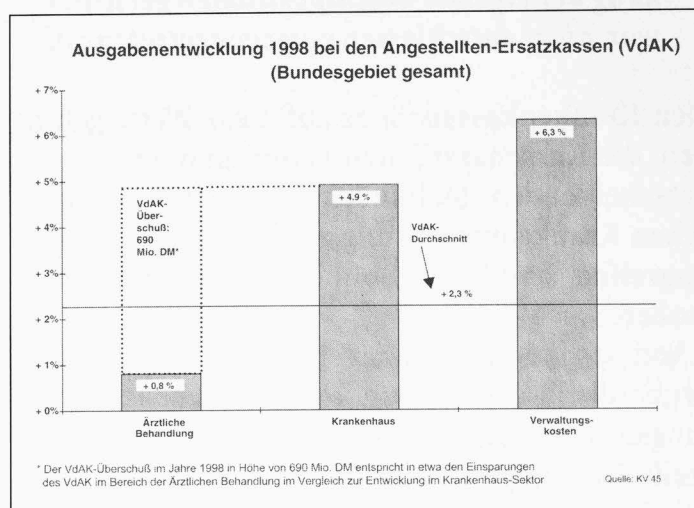


Abb. 2 ▲

letzt ängstlich taktierenden Kassenarztvertretern geraten (vgl. Abbildung 2).

Ganz ungeniert konnten die Ersatzkassen ihren Verwaltungsapparat weiter aufblähen, indem sie die hierfür notwendigen Mittel – praktisch ohne Gegenwehr der Kassenärzte – aus der ambulanten Versorgung abgezogen haben.

Nach der Vorlage der Eckpunkte der Regierungskoalition für eine Gesundheitsreform 2000 steht die kassenärztliche Selbstverwaltung damit vor einem Scherbenhaufen. Erst jetzt, viel zu spät, wird erkannt, dass die Sicherstellung einer kostengünstigen und gleichzeitig qualitativ hochstehenden Krankenversorgung mit gleichartigen Bedingungen in ganz Deutschland nicht mehr gefragt ist.

▼ *Gewonnen haben diejenigen, die sich um die eigentliche Aufgabe der Krankenversorgung nur bruchstückhaft gekümmert und statt dessen die die Versorgung tragenden Kassenärzte und Kassenärztlichen Vereinigungen an den Pranger gestellt haben. Aus Sicht der Kassenärzteschaft rächt sich jetzt, dass sie der spätestens seit 1995 klar erkennbaren und konsequent durchgesetzten Strategie der Krankenkassen, die ohne Rücksicht auf den Bestand des bewährten Versorgungssystems ausschließlich auf die Stär-*

kung der eigenen Machtpositionen gerichtet war, nicht entschlossen entgegengetreten ist.

Den Krankenkassen ist es auf diese Weise **gelingen**, die **Kassenärztlichen Vereinigungen** als den entscheidenden Stabilitätsfaktor einer solidarischen Krankenversorgung massiv und nachhaltig **angreifen** zu können, **ohne** auf **Widerstand** zu stoßen.

Von besonderer Qualität sind vor diesem Hintergrund die in den Eckpunkten vorgesehenen Regelungen zur Fortsetzung der **Arzneimittel- und Heilmittelbudgets**. Anstatt diese mit dem Vorschaltgesetz 1999 wieder verbindlich eingeführten Budgets als Ausdruck einer **unmenschlichen Budgetierungs- und Rationierungsideologie zu brandmarken** und eine ausschließliche finanzielle Verantwortung der Kassenärzte angesichts fehlender Steuerungsinstrumente sowie der Mitverantwortung insbesondere der Krankenkassen, der Pharmaindustrie, der Apotheker und der Krankenhäuser grundsätzlich abzulehnen, haben **ausgerechnet Mandatsträger der kassenärztlichen Selbstverwaltung** den Eindruck erweckt, als könnten planwirtschaftliche Budgets ohne Steuerungsinstrumente und trotz der gewaltigen Herausforderungen durch medizinischen Fortschritt und demographische Entwicklung eingehalten werden, wenn sogenannte „**Wirtschaftlichkeitsreserven**“ erschlossen würden. Das Ergebnis dieser **fatalen Strategie** ließ in Gestalt der Eckpunkte für eine Strukturreform 2000 nicht lange auf sich warten.

▼ *Der Regierungskoalition fiel es angesichts der auf Selbstgeißelung angelegten kassenärztlichen Budgetpolitik nicht schwer, ihr in der Diskussion um das Vorschaltgesetz 1999 gegebenes Wort hinsichtlich einer auf 1999 befristeten Budgetierung zu brechen und statt dessen nunmehr wieder unbefristete Arzneimittel- und Heilmittelbudgets vorzusehen. Wie diese Budgets angesichts des Ausscheidens der entmachteten Kassenärztlichen Vereinigungen als Budgetträger künftig funktionieren sollen, ist allerdings unerfindlich.*

...

Die KV als Auslaufmodell

Wenn die Eckpunkte der Regierungskoalition – was kaum zu erwarten ist – nicht in den wesentlichen, die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung betreffenden Passagen geändert werden, wird die kassenärztliche Selbstverwaltung gezwungen sein, den faktischen **Rückfall des Sicherstellungsauftrages an die Krankenkassen** auch politisch nachzuvollziehen. Auf der Grundlage der Eckpunkte mit weitgehendem **Einkaufsrecht** der Krankenkassen **bei gleichzeitiger Einvernehmensregelung** über die Honorarverteilung im „Auslaufmodell“ der kassenärztlichen Versorgung werden die Kassenärztlichen Vereinigungen diesen Sicherstellungsauftrag nicht mehr wahrnehmen können. Man mag ein solches **Pseudo-Solidarsystem** von Seiten der Politik ggf. unter Einsetzung von Staatskommissaren in den Kassenärztlichen Vereinigungen noch kurzfristig am Leben halten können, es wird jedoch nicht mehr als eine provisorische Hülse ohne Bedeutung und vor allem ohne jegliche Legitimation durch die kassenärztliche Basis sein.

Die **Regierungskoalition** hat **angekündigt**, dass sie ihre eindeutig auf die Ablösung des bisherigen bewährten Versorgungssystems gerichteten Eckpunkte „**ergebnisoffen**“ mit den sog. Leistungserbringern zu **diskutieren** beabsichtigt. Dieses „Angebot“ dürfte jedoch nicht mehr als **ein politisches Manöver** sein, zumal die systemzerstörenden Eckpunkte offensichtlich im Bundeskanzleramt vor dem Hintergrund eines „Bündnisses für Arbeit“ längst abgestimmt sind. **Wer** in seinen Eckpunkten auf die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen und **auf die Ablösung** des über alle Stürme der Vergangenheit bewährten Kollektivvertragssystems **durch eine chaotisierte, ganz auf Risikoselektion gestützte Versorgungslandschaft abzielt**, der lässt sich auch durch eine „ergebnisoffene Diskussion“ hiervon **nicht abbringen**.

▼ *Wer die Revolution von oben will, macht für ihre Durchsetzung keine öffentliche Ausschreibung.*

Strategische Antworten der Kassenärzte

Die Kassenärzte tun vor diesem Hintergrund gut daran, sich unmittelbar und damit vielleicht noch rechtzeitig auf die neue Versorgungswelt einzustellen, die von Krankenkassen dominiert werden wird, die nicht nur im Hinblick auf die Gestaltung der eigentlichen Krankenversorgung wenig kompetent sind, sondern im existenzentscheidenden Wettkampf um gute Risiken hieran auch überhaupt kein ernsthaftes Interesse haben. **Bei erster Annäherung an eine strategische Antwort** auf die von den Krankenkassen spätestens seit 1995 betriebene und nunmehr von der Koalition übernommene **Zersetzungsstrategie** gegenüber der Kassenärzteschaft ergeben sich **6 wesentliche Eckpunkte**:

1. **Offenlegung der Inkompetenz** der Krankenkassen in der Krankenversorgung sowie ihrer auf **Risikoselektion** und damit gegen die Patienteninteressen gerichteten Wettbewerbsstrategien.
2. **Forderung** nach Vervollständigung des Wettbewerbsmodells mit **Öffnung** der Krankenversicherung auch **für** ärztlich beeinflusste und damit an den Interessen der Kranken orientierte **Versicherungsanbieter**.
3. **Rascher Aufbau** einer starken **Kassenärzte-Gewerkschaft** in Abstimmung mit den bestehenden ärztlichen Verbänden und den vorübergehend noch fortbestehenden Kassenärztlichen Vereinigungen.
4. Dezentrale **Organisation** schlagkräftiger **ärztlicher Netzverbände** zur Vorbereitung auf die Welt der Einkaufsmodelle und damit zur optimalen Nutzung der erheblichen Optionen chaotisierter Versorgungsstrukturen.
5. Übernahme der **politisch gewollten** finanziellen Reduktion der GKV auf eine Grundsicherung auch in das tägliche ärztliche Handeln **mit** entsprechend **massiver Leistungsreduktion** auf das medizinisch unbedingt Notwendige.
6. Forcierte **Etablierung** und Strukturierung des durch GKV-Leitlinien und Evidence-Based-Medicine erheblich wachsenden **privatmedizinischen Sektors** ausserhalb der GKV-Zuständigkeit.

Aufbrechen des GKV-Kartells

...

Der definitive Abschied von einer solidarischen Krankenversicherung ist in den Eckpunkten der Regierungskoalition festgeschrieben, und es kann daher den **Kassenärzten** nicht angelastet werden, wenn sie **nunmehr** die notwendigen **Konsequenzen** für eine optimale Krankenversorgung sowie zur Sicherung ihrer eigenen Existenz und der Existenz ihrer 500.000 Mitarbeiterinnen ziehen.

▼ *Die Infragestellung einer durch Chaotisierung der Versorgungsstrukturen und massive Risikoselektion zum Selbstzweck entarteten Krankenversicherung wurde bislang sowohl von KBV und Kassenärztlichen Vereinigungen als auch von den ärztlichen Verbänden trotz Vorliegens zahlreicher diesbezüglicher Hinweise bewußt vermieden, um das Vertrauen der Versicherten in den Schutz einer gesetzlichen Krankenversicherung nicht zu erschüttern.*

Dies war bisher zu rechtfertigen, da die Kassenärztlichen Vereinigungen als gleichberechtigte Partner der Krankenkassen in der Lage waren, die schlimmsten Auswüchse des Kassenwettbewerbs zu verhindern. Da mit der Etablierung der Krankenkassen als alleinige Machtzentren des Gesundheitswesens dieses Gegengewicht künftig entfallen wird, ist die Kassenärzteschaft gerade aus ihrer Verantwortung gegenüber ihren Patienten verpflichtet, diese auf die dramatischen Folgen des Systemwechsels hinzuweisen. Dabei werden auch die teilweise massiven Rechtsverstöße der Krankenkassen, die vom Bundesversicherungsamt ermittelt worden sind, zur Sprache gebracht werden müssen.

...

Die **gemeinsame Vermutung von Krankenkassen und Regierungskoalition**, die niedergelassenen Ärzte würden **nach Zerschlagung** der Kassenärztlichen Vereinigungen **nicht mehr in der Lage** sein, ihre Interessen genossenschaftlich zu organisieren, kann nur **als naiv bezeichnet** werden. Angesichts der spezifischen deutschen Erfahrungen um die Auseinandersetzungen zwischen

Auswahl von Mängeln, Versäumnissen, Unwirtschaftlichkeiten und Rechtsverstößen der Krankenkassen im Jahre 1997

1. Vernachlässigung der Mitgliederbetreuung zu Gunsten einer aggressiven Neu-Akquisition von Mitgliedern
2. Rechtswidrige Beitragsnachlässe für freiwillige Mitglieder
3. Überhöhte „Fangprämien“ für Werbung neuer Mitglieder
4. „Belohnung“ von Personalleitern und Betriebsräten für die Werbung von Berufsanfängern
5. Rechtswidrige Beitragsnachlässe („Kampfbeiträge“) für selbständig tätige Kassenmitglieder
6. Vergabe von „Vorzugsaufträgen“ an Unternehmer zum Erhalt der Mitgliedschaft der Beschäftigten
7. Überteuerte Werbegeschenke
8. Rechtswidrige Kostenerstattung von Heilpraktiker-Rechnungen
9. Gewährung von Kuren vor Ablauf der Sperrfrist
10. Mangelhafte Fachkompetenz der Kassenmitarbeiter
11. Fehlerhafte Führung der Mitgliederverzeichnisse
12. Unprofessioneller Umgang mit Bankguthaben
13. Rechtswidrige Kreditierung laufender Ausgaben
14. Fehlerhafte Berechnung der Grundlohnsummen
15. Fehlerhafte Buchung von Schadensersatzleistungen

Quelle: Jahresbericht 1997 des Prüfdienstes Krankenversicherung des Bundesversicherungsamtes

Kassenärzten und Krankenkassen in den ersten drei Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts ist es ohnehin **erstaunlich**, dass **Krankenkassen und Politik** ausgerechnet vor dem Hintergrund massiver medizinisch-technischer und demographischer Umwälzungen bereit sind, eine **Wiederholung der historischen Auseinandersetzungen** auf der Stufe hochentwickelter Organisationsstrukturen zu provozieren. Es wurde offensichtlich übersehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen in der Vergangenheit wesentlich mehr zur Disziplinierung der Kassenärzte als zur „gebündelten Organisation der Anbieterinteressen“ beigetragen haben.

enormen genossenschaftlichen Potentials in der Kassenärzteschaft beitragen, das sich insbesondere aus der massiven Unzufriedenheit mit den zunehmend verschlechterten Arbeitsbedingungen speist. Es wird Aufgabe einer künftigen Kassenärzte-Gewerkschaft sein, dieses enorme Frustrationspotential, das bislang in den Kassenärztlichen Vereinigungen durch deren Stellung als mittelbare Staatsgewalt in Schach gehalten wurde, zur entschlossenen Wahrnehmung der Interessen der 600.000 Beschäftigten in der ambulanten Versorgung sowie ihrer 72 Millionen Patienten zu nutzen.

Neben dem Aufbau einer sowohl bundesweit als auch regional vertretenen **Kassenärztegewerkschaft** wird es darauf ankommen, möglichst rasch auf lokaler Ebene **schlagkräftige ärztliche Netzverbünde** zu **organisieren**, welche die erheblichen Optionen nutzen können, die auf der Grundlage von Einkaufsmodellen und hierdurch chaotisierten Versorgungsstrukturen bestehen. Dabei wird man nicht umhinkommen, sich über den ärztlichen Sachverstand hinaus eines professionellen Managements zu bedienen, das in der Lage ist, den Wettbewerb der Krankenkassen für die Durchsetzung definierter Ziele zu nutzen. Insbesondere **Verbünde von hochqualifizierten Anbietern** mit gutem Marketing und hoher Akzeptanz vor Ort werden **in der Lage** sein, den „Wettbewerbsspieß“ **umzudrehen**, um ihrerseits ein Einkaufsmodell gegenüber den Versicherungsanbietern zu praktizieren. Dabei wird das Marketing dieser ärztlichen Verbünde darauf gerichtet sein, durch entsprechende Ausgestaltung der Angebote insbesondere die aus Sicht der Krankenversicherung „guten Risiken“ an sich zu binden. Ein zufriedener Patient wird nicht den Arztverbund wechseln, sondern die Kasse unter Druck setzen, wenn diese das Vertragsangebot des Arztverbundes ablehnt.

...

▼ **Die Zerschlagung der Kassenärztlichen Vereinigungen wird daher zur Freisetzung eines**

▼ **Wenn vor dem Hintergrund der dargestellten Aspekte die eingangs gestellte Frage, ob**

die Kassenärzte noch zu retten sind, beantwortet werden soll, so kann diese Antwort nur ein eindeutiges „ja“ sein. Allerdings bedarf die Realisierung dieser Rettung der Einsicht einer Mehrheit der derzeitigen Verantwortungsträger in der Kassenärzteschaft, dass die über lange Jahre beibehaltene Strategie des Taktierens, Nachgebens und

Zurückweichens angesichts des permanenten Nachsetzens von Politik und Krankenkassen sofort zu beenden ist.

Es müssen vielmehr unmittelbar Vorbereitungen getroffen werden, die es den Kassenärzten ermöglichen, nach der von der Regierungskoalition mit Unterstützung der Krankenkassen durchgeführten Zerschlagung des bisherigen, kollektivvertraglich abgesicherten Versorgungssystems auf neuen Strukturen aufzubauen, in denen entschlossene kassenärztliche Interessenvertretungen eine moderne Patientenversorgung durch den Dienstleistungsansatz verpflichtete und dadurch auch wirtschaftlich gesicherte Praxen ermöglichen.

Dr. Lothar Krimmel
stellv. Hauptgeschäftsführer der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Köln

(in: Forum für Gesellschaftspolitik, März 1999
– leicht gekürzt –) ■

Entwicklung von Einnahmen und Ausgaben der GKV von 1992 bis 1997
– Bundesländer West –

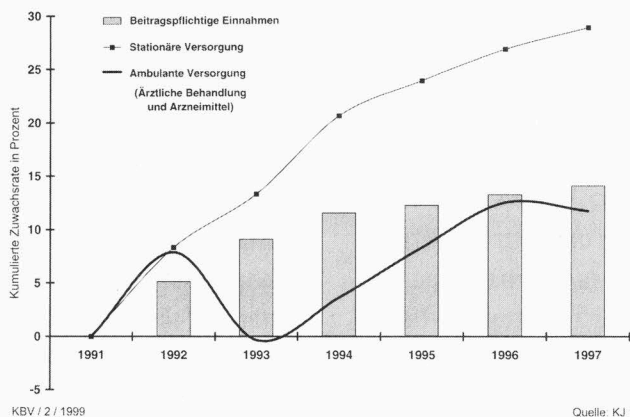


Abb. 3 ▲

Prednison versus Prednisolon

Ein Unterschied in der klinischen Wirkung?

Prednison ist das C11-Keto-Analogon des Prednisolons. Die C11-Ketogruppe des Prednisolons führt jedoch zu keiner Aktivierung des Glukokortikoidrezeptors und somit nicht zu einer Wirkung (1). Vorzugsweise in der Leber wird Prednison zum aktiven bzw. zur eigentlichen Wirksubstanz Prednisolon reduziert (2).

Aber auch nach der Gabe von Prednisolon wird stets ein signifikanter Anteil dieser Substanz in inaktives Prednison

konvertiert; die Interkonversionsrate zeigt dabei in Abhängigkeit von der Prednisolonzkonzentration eine große Variationsbreite von 10-25% (3).

▼ Aus den genannten Gründen wird deutlich, dass es einen Unterschied bezüglich des Wirkpotentials (anti-entzündlich, antiallergisch, immunsuppressiv u.a.) zwischen Prednison und Prednisolon nicht geben kann.

Aus unserer Sicht ist es nicht begründbar, beide Medikamente (im Apothekenangebot – Red.) parallel zu führen.

M. Lumpe, J.C. Frölich
Institut für Klinische Pharmakologie,
Med. Hochschule Hannover

Literatur:

(1) Barth J, Möllmann HW, Wagner T, Hochhaus G, Derendorf H. Problematik des Äquivalenzbegriffes bei der

Therapie mit Glucocorticoiden. Dtsch. med. Wschr. 1994; 119: 1671-1676
(2) Brabant G. Therapie endokriner Erkrankungen. In: Praktische Arzneitherapie (JC Frölich, W. Kirch, Hrsg.), S. 265-320, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart, 1996
(3) Rose JQ, Yurchak AM, Jusko WJ. Dose dependent pharmacokinetics of prednisone and prednisolone in man. J Pharmacokinet Biopharm 1981; 9: 389-417

(aus: „Expertenrat im Internet“ www.multimedia.de) ■