

Die Kassenärztliche Vereinigung – Machtmonopol der Ärzte und Psychotherapeuten oder zahnlöser Tiger?

Jürgen Doebert

Kassenärztliche Vereinigung Süd-Württemberg

Zusammenfassung: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sind gesundheitspolitisch umstrittene Institutionen. Die Geschichte der KVen und die rechtlichen Rahmenbedingungen werden erläutert, unter denen sie ihrem widersprüchlichen Auftrag zwischen genossenschaftsartiger Interessenvertretung und Kontrolle der Ärzte und Psychotherapeuten gerecht zu werden versuchen. Damit kann abgeschätzt werden, in welchem Ausmaß und unter welchen Bedingungen die Psychotherapeuten sich gesundheitspolitisch für die KVen und in den KVen engagieren sollen. Es wird verdeutlicht, dass die Monopol-Position der KVen durch sehr viele Regelungen so eingeengt ist, dass die Mitglieder der KVen den genossenschaftlichen Aspekt kaum mehr erkennen. Die Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Krankenkassen und KVen, die vor allem reglementierende Funktionen haben, werden erklärt.

Die Zukunft der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) wird in der gegenwärtigen Diskussion zur Reform des Gesundheitswesens viel diskutiert. Dabei geht es in dieser Diskussion nicht gerade zimperlich zu. Vertreter der Regierung, der Krankenkassen und auch der Medien sehen in den KVen ein Monopol und ein Mittel zum Machtmissbrauch zugunsten der Interessen von Ärzten. Mithilfe der KVen würden die Honorarwünsche der Ärzte durchgesetzt, Abrechnungsbetrug vertuscht und schlechte Qualität der ärztlichen Leistungen gedeckt – "KV" als Abkürzung für "Kriminelle Vereinigung". Die KVen ihrerseits machen sich auch nicht gerade beliebt mit manchen politischen Akzenten. Sie fühlten sich als Prügelknaben der Nation und schlugen kurz vor der Wahl zu: "Was verstehen Politiker von Medizin – nichts" stand in einer Anzeigen-Kampagne der KVen zu lesen. Die Rechtmäßigkeit solcher Aktio-

nen darf bezweifelt werden, wenn man bedenkt, dass KVen Körperschaften des öffentlichen Rechts sind. Machtmonopol der Ärzte – Körperschaft des öffentlichen Rechts; dies scheint ein Widerspruch zu sein.

Was ist für uns Psychotherapeuten gut?

Angesichts der Tatsache, dass auch wir Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Stellung zu der Frage nehmen müssen, ob wir in den KVen für uns eine geeignete Organisationsform sehen, soll in diesem Artikel versucht werden, die Aufgaben der KVen darzustellen und die rechtlichen Rahmenbedingungen zu umreißen, unter denen die KVen tätig sind.

Um die jetzige rechtliche Konstruktion und manche anscheinend bis heute aktuellen Konflikte zu verstehen, hilft ein Blick in die Geschichte.

Ein alter Konflikt

"Die Ambulatorien waren in der Tat mehr als nur ein Kampfinstrument der Krankenkassen gegen den Ärztestreik. Sie waren herausragendes Symbol gesundheitspolitischer Zielvorstellungen der linken Parteien, und so wurden sie zum Kristallisationskern einer Gesundheitspolitik, die sich der Politik der großen Ärzteverbände entgegenstellte. Nach den sozialpolitischen Vorstellungen linker Parteien wie der Sozialdemokratie sollte der Staat ebenso fürsorglich wie patriarchalisch mittels eines zentralisierten Gesundheitssystems über die Gesundheit des einzelnen wachen." (Jütte, 1997, S. 115)

Diese Sätze sind nicht etwa bereits ein Rückblick auf unsere heutige Diskussion zu Gesundheitszentren, sondern beziehen sich auf die 20er Jahre des vorigen Jahrhunderts! Daran wird deutlich, dass die Diskussion darüber, wie ärztliche Leistung erbracht werden soll – in einer Institution oder in freiberuflicher Praxis – nicht neu ist. Diese Diskussion lief sowohl innerhalb der Ärzteschaft, wie auch zwischen (linken) Politikern und Ärzten.

Bismarck

Der Kampf zwischen Ärzten und Krankenkassen geht noch weiter zurück, nämlich bis zur Einführung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) im Jahr 1883. Als Kassenarzt hatte man zwar die Macht, dem Patienten zu Krankengeld oder kostenlosen Medikamenten zu verhelfen, war aber dem Druck der Kassen ausgesetzt, die Ausgaben zu begrenzen, restriktiv krank zu schreiben und sparsam Arzneimittel zu verschreiben. Einzelne Ärzte machten Verträge mit einzelnen Krankenkassen. Da damals genug Ärzte zur Verfügung standen und zunächst auch nur für relativ wenige gesetzlich Krankenversicherte Verträge abgeschlossen werden mussten, hatten hier die Krankenkassen die Macht der Auswahl. Also schon damals gab es die Nachfragemacht der Kassen. Verschärfend kam nach 1918 hinzu, dass in den Leitungsgremien der Krankenkassen (sozialdemokratische) Arbeitervertreter saßen, die den finanziellen Wünschen der Ärzte deutliche Grenzen setzten. Auch heute noch sitzen Vertreter der Arbeitnehmerseite in den Vorständen und Aufsichtsgremien der gesetzlichen Krankenkassen. Den statusbewussten Ärzten gefiel schon damals diese Machtverteilung ganz und gar nicht. Im Laufe der Jahre wurde die Krankenversicherungspflichtgrenze immer weiter angehoben, was jedes Mal aus Sicht der Ärzte einen

Verlust weiterer Privatversicherter und immer mehr Einfluss und Macht der Krankenkassen auf ihr tägliches Tun mit sich brachte.

Im Jahr 1900 wurde der "Leipziger Wirtschaftliche Verband", der später nach seinem Gründer in "Hartmannbund" umbenannt wurde, gegründet. Dieser Verband versuchte mit gewerkschaftsähnlichen Mitteln, die wirtschaftlichen Interessen der niedergelassenen Ärzte gegenüber den Krankenkassen zu vertreten. So kam es im Jahr 1904 auch zu regionalen Ärztestreiks.

RVO und Parität

Vor der Einführung der Reichsversicherungsordnung (RVO) am 1.1.1914 gab es heftige Auseinandersetzungen zwischen den Krankenkassen und den Ärzten, insbesondere dem Leipziger Wirtschaftlichen Verband. Als Kompromiss wurden dann Regelungen gefunden, die bis heute nachwirken: Nicht mehr die Krankenkassen allein konnten einen Arzt als Kassenarzt zulassen, vielmehr gab es paritätisch besetzte sogenannte Vertrags- und Registerausschüsse, sozusagen die Vorläufer der heutigen Zulassungsausschüsse. Auf 1350 Versicherte war mindestens ein Arzt zuzulassen, die erste Form von Bedarfsplanung. In ebenfalls paritätisch besetzten Ausschüssen wurden erste Schritte von Individualverträgen des einzelnen Arztes mit einer Krankenkasse zu Kollektivverträgen vorbereitet. Faktisch hatten hier die Ärzte die Macht der Krankenkassen geschwächt.

Die Erfindung der KV

In den 20er Jahren ging es den Ärzten zunächst nicht schlecht. Aber es gab immer mehr junge Ärzte und wenige Kassenarztstellen. Die Wirtschaftskrise führte zu weitreichenden Sparmaß-

nahmen bei den Krankenkassen. "In diesem Komplex aus realen Einkommensverlusten, Statusdenken und subjektiv empfundener Verelendung sieht eine ganze Reihe von Historikern auch einen der wesentlichen Gründe, warum sich die ohnehin konservative Ärzteschaft gegen Ende der Weimarer Republik politisch immer mehr nach rechts radikalisierte und schließlich für den Nationalsozialismus so empfänglich war." (Jütte, 1997, S. 130). Um zu vermeiden, dass die finanzielle Spannung zwischen Ärzten und Krankenkassen durch staatliche Eingriffe (alle Ärzte nur noch als Angestellte) gelöst würde, entwickelte der Hartmannbund sein Modell. Dieses nahm zwar Einkommensverluste der Ärzte in Kauf, beinhaltete aber die Möglichkeit, das Geld in eigener Regie zu verteilen. Am 8.12.1932 wurde dieses Modell in einer Notverordnung von der Regierung übernommen und erlassen. Darin war außerdem geregelt, dass die Ausgaben für ärztliche Behandlung an die Einnahmen der Krankenkassen gekoppelt wurden. So wurden die Kassenärztlichen Vereinigungen erschaffen, die als öffentlich rechtliche Körperschaften definiert waren. Die Ärzte hatten damit auch die Pflicht zur flächendeckenden Versorgung, den Sicherstellungsauftrag und die Bedarfsplanung in die Hand bekommen. Der Preis dafür war aber, nicht mehr streiken zu dürfen und eine staatliche Aufsicht zu haben. Durch den Abschluss von Kollektivverträgen, d.h. durch Verträge, die in einer Region für alle niedergelassenen Ärzte galten, konnten die KVen selbst das knappe Geld verteilen.

Ganz sicher ist auch in der finanziellen Enge und der großen Zahl an Medizinern ein Grund zu sehen, warum die KVen nach der Machtergreifung Hitlers ziemlich schnell bereit waren, allen jüdischen Ärzten die Zulassung zu entziehen. Lifton (1988) zeigt durch Interviews von ärztlichen Nazi-Tätern,

dass die Körper- und Gesundheitsmetaphorik der nationalsozialistischen Ideologie (Das Volk als Körper mit kranken Teilen) viele Ärzte in ihrer ärztlichen Identität ansprach. Erst am Ende des vorigen Jahrhunderts gab es die Bereitschaft in einigen KVen, ihre eigene Geschichte in dieser Hinsicht aufzuarbeiten. Als Beispiel sei die KV Süd-Baden angeführt.

Die Konstruktion der KVen nach dem Krieg knüpfte in den westlichen Bundesländern an der Notverordnung von 1932 an und besteht bis heute.

Heute sind die Aufgaben und Rechte der KVen im Sozialgesetzbuch V geregelt. Dazu kommt eine umfassende Rechtsprechung.

Zwei Seiten einer Medaille

Obwohl im Moment angegriffen als „Machtkartell der Ärzte“ scheint das Image der KV als Interessenvertretung, Genossenschaft oder gar Ärztegewerkschaft für die Ärzte selbst nicht gerade überzeugend zu sein. Nicht nur Psychotherapeuten klagen vor Gericht gegen die Honorarverteilungen. Ärzte legen massenhaft Widerspruch gegen Honorarstreichungen und -kürzungen durch die KV ein. Sie ärgern sich genauso wie die Psychotherapeuten über Regularien, die ihnen „die KV“ vorschreibt, z.B. wenn sie bestimmte Leistungen erbringen wollen. Die Klagen vor Gericht führen zu Urteilen, die wiederum die KVen zu neuen Maßnahmen zwingen, die von anderen als Zwang empfunden werden.

Paradebeispiel für den Ärger unter den KV-Mitgliedern ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) (siehe dazu den Artikel von Best, D. im Psychotherapeutenjournal, 0/2002). Nicht nur Psychotherapeuten, sondern auch Ärzte fühlen sich bei der Erstel-

lung der Leistungslegende und Bewertung ihrer Leistungen im EBM benachteiligt. Das jüngste Beispiel sind die sog. KO-Leistungen. Teilröntgen, Gastroskopie, Koloskopie und viele andere ärztliche Leistungen sind ab 01.01.03 für Hausärzte nicht mehr abrechenbar. Für viele Hausärzte in ländlichen Regionen, die sich wegen mangelnder Facharztpräsenz auf diese Leistungen spezieller eingerichtet hatten, bricht ein großer Teil ihres Leistungsspektrums damit weg.

Der Widerspruch kommt zustande durch den Doppelcharakter der KVen. Viele KV-Mandatsträger leiden selbst unter dieser Janusköpfigkeit aus Interessenvertretung einerseits und Kontrolle der eigenen Kollegen andererseits. Der Wunsch der Mandatsträger in der Selbstverwaltung durch die zu Kontrollierenden (Ärzte und Psychotherapeuten) wiedergewählt zu werden, ist sicher ein weiterer Grund, warum eine echte Kontrollfunktion seitens der KVen über Jahre hinweg unterblieben ist. Im öffentlichen Diskurs wird hier nicht berücksichtigt, dass betrügerische Ärzte im Rahmen der Gesamtvergütung primär den Kollegen in die Tasche greifen, nicht aber etwa den Krankenkassen, die mit Zahlung ihrer Kopfpauschale nun auf die innerärztliche Verteilung verweisen können. Im SGB V liest sich dieser Konflikt so: „Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen haben die Rechte der Vertragsärzte gegenüber den Krankenkassen wahrzunehmen. Sie haben die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen und die Vertragsärzte, soweit notwendig ... zur Erfüllung dieser Pflichten anzuhalten.“ (SGB V, § 75, Abs. 2)

Bestes Beispiel für unklares Vorgehen gegen Missbrauch sind die Plausibilitätsprüfungen, die in vielen KVen nur sehr zögerlich und halbherzig umgesetzt werden. Die Zeitbewertungen

der KBV in ihren neuen und damit für alle KVen gültigen Plausibilitätskriterien mit im Schnitt 12 Stunden erlaubter Tagesarbeitszeit muten paradox und unglaublich an. Jeder Taxifahrer oder LKW-Fahrer, der nach maximal 4 Stunden Lenkzeit eine mindestens 30-minütige Pause einlegen muss und zusammenhängende Ruhezeit zwischen zwei Arbeitsschichten von 10 Stunden nachweisen muss, wird bezweifeln, dass mit solchen Zeitvorgaben wirklich jemand zu kontrollieren ist.

Interessanterweise hat aber diese Vorgabe der KBV die Zustimmung des Bundeskriminalamtes gefunden, mit dem die KBV wegen möglicherweise folgender Prozesse schon vorher solche Regelungen abspricht.

Gebremste Interessenvertretung

Die Interessenvertretung darf sich nicht auf den einzelnen Arzt beziehen sondern nur auf die Gesamtheit der Ärzte. Der genossenschaftliche Aspekt schlägt sich darin nieder, dass die KV-Vorstände mit den Krankenkassen für alle Ärzte und seit 1999 auch für Psychotherapeuten die Vergütung aushandeln und Kollektivverträge abschließen. Hierbei können beispielsweise besondere Qualifikationsanforderungen für die Erbringung bestimmter Leistungen und die Höhe der Vergütung dieser Leistungen vereinbart werden. Strukturelle Verbesserungen z.B. mehr Ambulante Operationen, also Verlagerung von stationären Leistungen in den billigeren ambulanten Sektor, können in gesonderten Strukturverträgen vereinbart werden.

Der gesetzlich vorgegebene Kontrahierungszwang mit regeltem Schiedsamtverfahren (s.u.) legt die Vertragsparteien derzeit darauf fest, für flächendeckend gültige Vertragswerke

zu sorgen. Daraus resultiert das in der Regel jährlich wiederkehrende Ritual der Vertragsverhandlungen. Kann man sich nicht einigen, gilt der bestehende Honorarvertrag weiter bis das Schiedsamt oder die im Anschluss mögliche Sozialgerichtsbarkeit einen Spruch fällen. Ein vertragsfreier Zustand kann also nicht eintreten.

Die gegenwärtige Realität dieser "Verhandlungen" besteht darin, dass mit den Verhandlungsführern der Kassen der Region darüber gestritten werden muss, ob die Kassen bereit sind, die maximal mögliche jährliche Erhöhung, die sich an der Grundlohnsummensteigerung orientiert, wie sie vom BMGS festgestellt wird, an die Ärzte zu zahlen oder nicht. Die Vertragsverhandlungen sind also durch diese Koppelung an die Grundlohnsummensteigerung schon seit einigen Jahren nach oben begrenzt. Da die KV durch ihren Charakter als Körperschaft öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft keinen Streik organisieren darf, bestehen bei diesen "Verhandlungen" folgende 3 Möglichkeiten:

- die KVen nehmen entgegen, was die Kassen zu zahlen bereit sind
- Die KVen fordern mehr, die Kassen lassen sich überzeugen, z.B. weil ihnen die KV eine strukturelle Verbesserung der Versorgung anbietet, für die die Kassen auch zu Zahlungen bereit sind. Hierbei kann manchmal die Konkurrenz der Kassenarten (BKK, IKK, AOK, EK) dazu führen, dass regionale "Schmankerln" vereinbart werden können, die aber im Effekt weniger als 5 % der Gesamtvergütung betreffen
- KV und Kassen können sich nicht einigen. In diesem Fall beginnt ein Schiedsamtprozess auf Landesebene. Das Ergebnis sind Mittelwege, oft aber Entscheidungen zugunsten der Kassen, so dass die

KVen sich eher scheuen, diesen Weg zu gehen.

Die Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit ihrer somit als zahllos wahrgenommenen KV als Interessenvertretung führte schon zu vielen Netzbildungen. Davon versprechen sich einige Ärztfunktionäre unter neuen gesetzlichen Regelungen, z.B. durch dann wieder mögliche Streikmaßnahmen den Kassen mehr Gelder abverhandeln zu können. Welche Gelder hier über Netze verteilt werden sollen, ist angesichts der Finanzlage der Kassen klar: das der nicht organisierten anderen Ärzte.

Die bisherige Stärke der KVen liegt also darin, alle Ärzte zu vertreten und zu verhindern dass Gruppen von Ärzten gegeneinander ausgespielt werden. Insofern sind die KVen echte Monopolisten, weil sich die Kassen außerhalb der KVen keine ärztlichen Leistungen im Ambulanten Bereich einkaufen können. Der Versuch der Politik, die Kliniken weiter für die Ambulante Versorgung zu öffnen, ist also eine weitere gezielte Maßnahme, das Monopol der KVen schrittweise aufzulösen. Wie lange die Geschichte dieses Versuchs ist, zeigte der oben zitierte Text zu den Ambulatorien, die heute Gesundheitszentren oder Ambulanzen heißen würden. Monopole unterliegen eigenen Gesetzen. „Schwache“ Ärzte werden dadurch gestützt, "starke", d.h. gut organisierte, hochtechnisierte und effiziente Praxen gebremst.

Die KV als Regelungs- und Steuerungsinstanz

Dieser in Bezug auf Honorarverhandlungen eher schwachen „genossenschaftlichen“ Seite der KVen steht eine Fülle von "Obrigkeits-Aufgaben" gegenüber. Das Interesse der Ärzte und Psychotherapeuten wird al-

lein durch die Tatsache gewahrt, dass hier im Rahmen der Selbstverwaltung die eigenen Fachleute Regelungen treffen und nicht staatliche Verwaltungsbeamte. Die Vorstände der KVen sind daher bisher durch Ärzte (und neuerdings auch durch einige Psychotherapeuten) besetzt. Deren fachliche Einschätzungen oder auch deren Wunsch, Ärzte- und Psychotherapeuteninteressen zu vertreten, werden allerdings in unglaublich hohem Maße durch gesetzliche Regelungen, Vorschriften der Bundesausschüsse, Vorgaben der Aufsichtsbehörde des jeweiligen Bundeslandes und durch Gerichtsurteile eingeeengt. Dies sind im Laufe der Jahre gewachsene Gegenmaßnahmen, um wiederum die Vorteile der Monopolstellung der KVen zu begrenzen. Im Endeffekt führt das dazu, dass die Justiziarer und Verwaltungsrechts-Fachleute in den KVen die konkreten Entscheidungen stark mitbestimmen. Es gibt einen der Entwicklung bei dem Einkommenssteuersystem entsprechenden Prozess: In dem Bemühen immer mehr Gerechtigkeit herzustellen, ist ein unüberschaubar komplexes System von Regelungen entstanden, das immer neue Ungerechtigkeiten hervorbringt.

In den zwischen Krankenkassen und KVen zu schließenden Gesamtverträgen wird aber nicht nur über das Geld verhandelt, sondern darin müssen gem. § 83, Abs. 2 SGB V auch Verfahren vereinbart werden, mit denen die Abrechnungen der Ärzte und Psychotherapeuten geprüft werden. Manche öffentliche Beschwerde von Krankenkassen über Abrechnungsbetrug der Ärzte wirkt daher wenig überzeugend, sind doch die Krankenkassen durch die Verträge in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen. Wie, wie oft, mit welchen Mitteln und durch wen die Abrechnungen der Ärzte und Psychotherapeuten geprüft werden, bestimmen die Krankenkassen mit. Dabei steht primär das Ordnungsverhalten

(Medikamente, Heilmittel) der Ärzte im Focus der Prüfung.

Die gemeinsame Selbstverwaltung

Die kontrollierenden und regelnden Aufgaben können unterteilt werden in solche, die die KV allein wahrnimmt und solche, die gemeinsam mit den Krankenkassen erfüllt werden.

Die gemeinsamen Ausschüsse

Jedem niedergelassenen Psychotherapeuten sind die **Zulassungs- und Berufungsausschüsse** bekannt, in denen die Vertreter der Leistungserbringer (also über die KV benannt) und der Krankenkassen darüber bestimmen, ob und wo ein Arzt oder Psychotherapeut sich niederlassen kann. Die KV hat den sogenannten Sicherstellungsauftrag, d.h. sie muss für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten sorgen. In den Zeiten einer flächendeckenden Bedarfsplanung in fast allen Fachgebieten (ausgenommen sind heute noch die Anästhesisten) gibt es kaum mehr echte Neuzulassungen. Die Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten waren die letzte große Welle von Neuzulassungen. Bei festgelegter Bedarfsplanung entscheiden die Zulassungsgremien primär nur noch über die ordnungsgemäße Nachbesetzung bei Praxisabgabe oder über quantitativen bzw. qualitativen Sonderbedarf. Wenn in einzelnen Fachgebieten z.B. bei den Kinder- und Jugendlichentherapeuten die Sicherstellung nicht gewährleistet ist, muss der Zulassungsausschuss Maßnahmen ergreifen, um dies zu ändern und Sonderbedarf aussprechen. Wenn also die Versorgung in ei-

ner bestimmten Region in Bezug auf ein Fachgebiet oder auf bestimmte hochqualifizierte Leistungen nicht gewährleistet ist, werden die Gremien tätig. Diese Maßnahmen könnten in der Ausschreibung und Förderung einer neuen Praxis liegen, bestehen aber in der Regel darin, dem Zulassungsausschuss vorzuschlagen, entsprechend qualifizierte Krankenhausärzte zur Teilnahme an der ambulanten Versorgung zu ermächtigen. Bei Überversorgung darf eigentlich keine Neuzulassung im Zulassungsausschuss bewilligt werden. Solange aber der Verkauf einer Praxis am Ende der Tätigkeit eines Arztes oder Psychotherapeuten Teil seiner Altersvorsorge ist, müssen vakant werdende Kassenarztsitze ausgeschrieben und neu besetzt werden.

Weitere gemeinsame paritätisch besetzte Gremien auf Länder- bzw KV-Ebene sind:

Der **Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen**, in dem darüber entschieden wird, ob in einer Region Über- oder Unterversorgung vorliegt. Hier wird überprüft, ob gemessen an den vom ebenfalls gemeinsam besetzten Bundesausschuss für Bedarfsplanung festgesetzten bundeseinheitlichen Kriterien die Öffnung oder Sperrung einer Region für die Niederlassung zu veranlassen ist.

Der **Prüfungs- und Beschwerdeausschuss**: Nach § 106 SGB V führen Krankenkassen und KV gemeinsam die Prüfungen der Wirtschaftlichkeit von Leistungen sowie zur korrekten Abrechnung durch. Dieser Ausschuss ist die Instanz, in der über Beschwerden der Leistungserbringer gegen Entscheidungen der Prüfinstanz vorgebracht und entschieden wird, bevor möglicherweise ein Sozialgerichtsprozess angestrengt wird.

Die **Schiedsämter** sowie die sog. **erweiterte Landesschiedsstelle**: Sie entscheiden unter Leitung eines unabhängigen Dritten bei strittigen

Vertragsverhandlungen zwischen KV und Kassen.

Auf **Bundesebene** gibt es ebenfalls paritätisch besetzte Gremien:

Der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen** erlässt Regelungen mit faktischer Gesetzeskraft, die die gesamte vertragsärztliche Versorgung betreffen. Dazu gehören z.B. verschiedene Richtlinien, mit denen eine wirtschaftliche und qualitätsgesicherte Versorgung gewährleistet werden soll. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen besteht aus verschiedenen Unterausschüssen. Bei Angelegenheiten, die die psychotherapeutische Versorgung betreffen, gibt es eine eigene Zusammensetzung dieses Ausschusses (und seines Arbeitsausschusses). Auf der Leistungserbringerseite sitzen in diesem Unterausschuss Psychotherapeuten. Hier wird über neue Verfahren, QS-Instrumente und Richtlinien für die Durchführung von Psychotherapie entschieden.

Darüber hinaus setzt der **Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in seiner besonderen Zusammensetzung für die Bedarfsplanung** die zahlenmäßigen Vorgaben fest, sowie die Systematik der Definition der Regionen. Dass hierbei nicht der reale Versorgungsbedarf festgestellt wird, lässt sich sehr gut an der psychotherapeutischen Versorgung darlegen.

Im neu geschaffenen **Koordinierungsausschuss**, dem auch Vertreter der Krankenhäuser und der Zahnärzte angehören, werden sektorübergreifende Angelegenheiten verhandelt, sowie z.B. die Krankheiten ausgewählt und definiert, denen im Rahmen der DMP's (Disease-Management-Programme) besondere Aufmerksamkeit gezollt werden soll.

Alle Psychotherapeutenverbände fordern, dass in all diesen Ausschüssen Psychotherapeuten angemessen vertreten sein sollen. Dies ist bis jetzt aber nur ausnahmsweise und in Ansätzen der Fall.

Zusammenfassend kann man feststellen, dass es weite Bereiche der gesundheitlichen Versorgung gibt, die KVen und Krankenkassen schon seit Jahren gemeinsam regeln. Die Klage über eine Monopolstellung der KVen wirkt daher übertrieben, weil dieses Monopol außerdem durch mannigfache Verordnungen und Gesetzes-einschränkungen bereits stark reguliert ist.

Die KV als Kontrolleur

Ohne Beteiligung der Krankenkassen kann und muss die KV disziplinarisch gegen ihre Mitglieder vorgehen, wenn sie sich nicht an die Regeln halten: Verstöße gegen die Gebührenordnung und ihre Leistungslegenden, Abrechnung von Leistungen, die nicht zum Fachgebiet gehören, Verstöße gegen Regelungen zur maximalen Anzahl einer Leistung im Quartal, Erbringung einer Leistung ohne entsprechenden "Führerschein" (z.B. Röntgen) oder ohne die vorgeschriebene Dokumentation (z.B. auf Video), unplausibel viele Leistungen pro Tag oder Quartal, Abrechnungsketten, Ringüberweisungen usw. Ein Großteil dieser Prüfungen wird in der KV (aber aufgrund von vertraglichen Vereinbarungen auch mit den Krankenkassen) automatisch durch entsprechende Computerprogramme vorgenommen. Detailliertere Recherchen bei auffälligen Leistungserbringern werden dann "von Hand" durchgeführt. Zum Teil werden Abrechnungen der KV-Mitglieder nur sachlich richtig gestellt, d.h. es werden Leistungen gestrichen, die nicht hätten erbracht werden dürfen oder die nicht vollständig erbracht wurden, zum Teil wird ein Disziplinarverfahren in Gang gebracht, wenn der begründete Verdacht auf einen Verstoß gegen geltende Bestimmungen vorliegt. Bei Betrugsverdacht, also nachweislichem Vorsatz eines selbst berei-

chernden Verstoßes wird der Fall der Staatsanwaltschaft übergeben. Diese Aufgaben werden unter dem Begriff der **Gewährleistungspflicht** der KVen zusammengefasst: die KV muss eine ordnungsgemäße Behandlung der Patienten und Abrechnung der Leistungen gegenüber den Kassen gewährleisten.

Die zentrale Aufgabe der KV

Ebenfalls ohne die Kassen regelt die Vertreterversammlung der KV die **Honorarverteilung** unter ihren Mitgliedern. Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) wird nur im Einvernehmen mit den Krankenkassen erstellt. Dies bedeutet, dass der HVM den Krankenkassen rechtzeitig bekannt gemacht werden und ihnen eine Gelegenheit zu Stellungnahme eingeräumt werden muss. Eventuelle Kritik der Kassen muss aber nicht umgesetzt werden. Entgegen der Vorstellung vieler Bürger zahlt die Krankenkasse nicht für den einzelnen Kranken den Betrag, den dessen Behandlung kostet. Die Krankenkassen zahlen für jedes Mitglied, das in der Region einer KV seinen Wohnsitz hat, eine sog. Kopfpauschale an die KV. Die Höhe dieser Kopfpauschale stieg bisher mit der Grundlohnsumme von Jahr zu Jahr. Die Summe dieser Kopfpauschalen aller Versicherten aller Krankenkassen einer KV-Region ist die von der KV zu verteilende Gesamtvergütung. Die KV stellt nun dieser Geldsumme die Punktzahlsumme aller Leistungen, die von den Mitgliedern der KV erbracht wurden, gegenüber. Jeder ärztlichen und psychotherapeutischen Leistung wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eine Punktzahl zugemessen. Der Quotient von Geldsumme (Gesamtvergütung) und Punktesumme (Summe aller ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen in EBM-Punkten) ergibt den so genannten „Punkt-

wert“. Nach diesem Punktwert werden nun von der KV die Leistungen, gemessen in Punktzahlen, der einzelnen Ärzte und Psychotherapeuten bezahlt.

Formal ist also die Argumentation der Kassen richtig, die darauf hinweisen, dass die Bezahlung der Psychotherapeuten ein innerärztliches Verteilungsproblem sei, denn sie haben mit ihrer Kopfpauschale ihre gesetzliche Verpflichtung erfüllt.

Bei der Honorarverteilung haben die KVen wie schon oben dargestellt von Anfang an das Problem, dass sie knappe Mittel an zu viele Leistungserbringer verteilen müssen. Ziel der HVM ist es, zwischen den verschiedenen Arztgruppen unter Beachtung regionaler und fachspezifischer Besonderheiten die Mittel so zu verteilen, dass alle halbwegs zufrieden sind. Dies geschieht angesichts der Knappheit zunehmend mit dem Mittel der Budgetierung. D.h. Leistungen werden nur bis zu einer bestimmten Höhe der Punktzahl oder der Fallzahl bezahlt, der Rest wird bei der Abrechnung gestrichen. Etwa 20% der Leistungen, die budgetiert sind, fallen so unter den Tisch. Außerdem kann die KV im HVM bestimmte Leistungen oder die Leistungen bestimmter Arztgruppen mit unterschiedlichen Punktwerten ausstatten. Als Körperschaft öffentlichen Rechts muss die KV aber jeden HVM der Aufsichtsbehörde, in der Regel dem jeweiligen Sozial- oder Gesundheitsministerium des jeweiligen Bundeslandes, zur Genehmigung vorlegen. Dies gilt übrigens auch für die Satzungen der KV und für Verträge, die sie abschließt.

Die gesetzliche Forderung nach Honorarverteilungsgerechtigkeit eröffnete die Möglichkeit der Klagen vor den Sozialgerichten bis hin zum BSG auf eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Honorierung angesichts der Praxisbesonderheiten von Psychotherapeuten.

Die Beratenden Fachausschüsse für Psychotherapie

Mit dem Psychotherapeuten-Gesetz wurden in jeder KV und in der KBV Beratende Fachausschüsse für Psychotherapie etabliert. Obwohl ihr gesetzlich geregelter Auftrag nur die Beratung der KV-Vorstände ist, waren sie das erste gemeinsame organisatorische Standbein aller Psychotherapeuten in den KVen. In einigen KVen konnte auf diesem Weg vorbereitet werden, dass Psychotherapeuten in Vorstandspositionen auf KV- oder auf Bezirksebene gewählt wurden. Nachdem in vielen KVen auch Fachausschüsse der Haus- und der Fachärzte eingerichtet wurden, ist die Bedeutung der Beratenden Fachausschüsse gestiegen. Es besteht allerdings die Gefahr, dass das KV- und KBV-Establishment die Aufwertung der Fachausschüsse damit verbindet, Vorstandspositionen und Mitgliedschaft in anderen Ausschüssen für uns Psychotherapeuten für überflüssig zu erklären.

Macht?

Zusammenfassend komme ich zu folgender Einschätzung:

1. Die Macht der KVen als Interessenvertreter der Ärzte und Psychotherapeuten gegenüber den Krankenkassen wird überschätzt. Einzelverträge von einzelnen Ärzten oder von Ärzteverbänden würden nicht zu mehr Geld für die ambulante Versorgung führen. Es bestünde aber die Gefahr einer großen Entsolidarisierung zwischen Fachgruppen sowie zwischen Haus- und Fachärzten. Für uns Psychotherapeuten bergen Einzelverträge die Gefahr, von den Kassen längerfristig zu sehr kurzen Psychotherapien für geringes Honorar gezwungen zu werden, wenn wegen kurzfristiger Marktvorteile einzelne Gruppen attraktive Verträge ab-

schließen. Alle Psychotherapeutenverbände sind sich deswegen einig, dass gegenwärtig ein Verbleib in den KVen und damit im Kollektivvertragssystem als Garant für solidarische Vertretung aller Psychotherapeuten der günstigere Weg ist.

2. Die Macht der etablierten KV-Vorstände und -Verwaltungen gegenüber allen Psychotherapeuten und deren Anliegen, spezielle Interessen und vor allem ihre Forderung nach angemessenem Honorar abzulehnen, ist sehr hoch. Nur mithilfe der Gerichte ist hier Abhilfe zu schaffen. Wir müssen daher in den KVen eine angemessene Repräsentanz haben. Hierzu gehört die Einführung des Verhältniswahlrechts (=Abschaffung der 10%-Quote). Dies würde Listenbildung mit anderen Arztgruppen, insbesondere den ärztlichen Psychotherapeuten ermöglichen.

Der lange Marsch

Der Prozess, in den KVen Einfluss zu gewinnen, verläuft äußerst mühsam. Dies liegt nicht nur daran, dass nun nicht mehr nur ärztliche Psychotherapeuten (und die von ihnen Delegierten) sondern auch die neu zugelassenen Psychotherapeuten einen Teil vom Kuchen beanspruchen. Vielmehr liegt es auch an unterschiedlichen Vorstellungen darüber, was Krankheit ist, wie sie behandelt werden muss und welche Rolle dabei der Behandler einnimmt. Austausch und gegenseitige Information über den Praxisalltag und Behandlungskonzepte in möglichst vielen Gremien sind das einzige Mittel, die Integration der Psychotherapie in die somatisch akzentuierte Medizin voranzutreiben.

Quote und Mandat

Es ist schwer abzuschätzen, ob die Forderung nach einem festen Platz in

allen Gremien oder das politische Agieren in Koalitionen und Listenverbindungen für uns Psychotherapeuten mehr Einfluss bringt.

Die Einbeziehung von Psychotherapeuten in die Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen ist unbedingt notwendig. Dies kann sowohl in der Rolle als Mandatsträger in einem KV-Vorstand wie auch mit besonderem Mandat für diese Verhandlungen geschehen.

Literatur

- Best, D. (2002). Der EBM 2000plus – ein Fortschritt für die Psychotherapeuten? *Psychotherapeutenjournal*, 0: 38-42.
- Filler, G. (2002). *Die Wirtschaftlichkeit und die Prüfung in der vertragsärztlichen Versorgung. Beratungsservice für Ärzte.* (Band 7). Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Hess, R. & Quasdorf, I. (2001). *Aufgaben und Organisation ärztlicher Körperschaften und Verbände.* (Heft 1.) Köln: Reihe: KBV-Fortbildung.
- Jütte, R. (1997). *Geschichte der Deutschen Ärzteschaft.* Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lifton, R. J. (1988). *Ärzte im Dritten Reich.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- SGB V – Handbuch Sozialgesetzbuch V, Krankenversicherung (2002). Altötting: KKF, Der Fachverlag für Sozialversicherung.

Dipl.-Psych. Jürgen Doebert

Mitglied im Vorstand der KV Süd-Württemberg, Vorsitzender des Beratenden Fachausschusses bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung Charlottenstr. 82
72764 Reutlingen
doebert.j@t-online.de

Herr Dipl.-Psych. Benedikt Waldherr und Frau Dipl.-Psych. Christa Leienecker waren in Form von Ergänzungen im Text und sachlichen Korrekturen an diesem Artikel beteiligt.