

Positionspapier

Das folgende BNK-Positionspapier ist die Antwort des BNK auf die Vorschläge der Bundesregierung zur Gesundheitsreform 2000. Zur Chronologie des Grundsatzpapiers folgende Informationen: Auf Anregung unseres Hauptgeschäftsführers im Rahmen der Vorstandssitzung am 4. 2. 1999 in Dresden wurde ein Vorstandsbeschluss gefasst, daß möglichst zeitnah ein Grundsatzpapier des BNK erstellt werden soll. Vom 29. 3. – 31. 3. 1999 begab sich eine Expertengruppe in unseren Geschäftsräumen in Klausur. Teilnehmer dieser Expertengruppe waren (in alphabetischer Reihenfolge):

- Prof. Dr. med. Dr. h. c. M. Arnold, Tübingen (Wissenschaftspolitische Initiative e. V.)
- Dr. med. Dr. jur. A. P. F. Ehlers, München (Hauptgeschäftsführer BNK)
- Dr. med. M. Koch, Bonn (2. Vorstandsvorsitzender des BNK)
- Dr. med. B. Levenson, Berlin (BNK-Beauftragter für Invasivkardiologie und Schrittmachertherapie)
- G. Schulte, München (Vorstandsvorsitzender BKK Bayern, ehemaliger Ministerialdirigent im Bundesgesundheitsministerium)
- Prof. Dr. med. S. Silber, München (BNK-Beauftragter für Kommunikation und Vorstandsmitglied BNK-Bayern)
- Dr. med. F. Sonntag, Henstedt-Ulzburg (1. Vorstandsvorsitzender des BNK)
- Dr. med. N. Wittlich, Mainz (Vorsitzender BNK-Rheinessen)

Vom 1. 4. – 20. 4. 1999 fanden weitere Lesungen des Positionspapiers statt. Am 7. Mai 1999 erfolgte im Rahmen der Frühjahrstagung des BNK in Travemünde die Verabschiedung durch den Vorstand ohne Gegenstimme.

Positionspapier der niedergelassenen Kardiologen im BNK zum Gesundheitssystem und zur Gesundheitsreform 2000

1. Vorbemerkungen

Der Bundesverband Niedergelassener Kardiologen e. V. (BNK) wurde 1980 gegründet. In ihm sind ca. 800 Mitglieder zusammengeschlossen; dies entspricht einem etwa 80%igen Organisationsgrad aller niedergelassenen Kardiologen in der BRD. Der BNK ist entsprechend den 23 KV-Bereichen in ebenso viele Regionen gegliedert. Sein satzungsgemäßer Zweck ist „die Wahrnehmung der allgemeinen ideellen und wirtschaftlichen Interessen des Berufsstandes der in freier Praxis tätigen Kardiologen. Die Wahrnehmung der Interessen soll den niedergelassenen Kardiologen als solchen unabhängig von der Verbandsmitgliedschaft zugute kommen.“ Dadurch soll gleichzeitig die kontinuierliche Betreuung von Herzpatienten durch eine qualitativ hochstehende, koordinierte ambulante Versorgung verbessert werden.

Zur Vorbereitung des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) gewünschten Dialogs im Vorfeld der Strukturreform 2000 nimmt der BNK zu den Eckpunkten der Koalition (Stand 02. 03. 99) Stellung.

2. Ausgangslage

Die Gesundheitsreform 2000 will eine qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Gesundheitsversorgung durch den zielorientierten und effizienten Einsatz vorhandener Finanzmittel erreichen. Statt detaillierter Regulierungen durch den Gesetzgeber soll der Wettbewerb um Wirtschaftlichkeit und Qualität zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern im Vordergrund stehen. Dafür sind unter anderem folgende Instrumente vorgesehen:

- Die stringente Trennung der Versorgungsbereiche soll durch integrierte Versorgungsformen zwischen Haus- und Fachärzten sowie dem ambulanten und stationären Bereich aufgehoben werden. Sektorübergreifende Verträge können von Krankenkassen oder Leistungserbringern ausgehen. Zur Erreichung des Ziels einer sektorübergreifenden Versorgung sollen u. a. Krankenhäuser in eingeschränktem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen ambulanten Versorgung ermächtigt werden und im Ausgleich dafür Vertragsärzte Patienten sowohl ambulant als auch kurzstationär im Krankenhaus betreuen können. Zugleich soll ein Katalog ambulant durchführbarer Eingriffe durch die gemeinsame Selbstverwaltung erstellt werden, die nur nach Genehmigung der Krankenkassen stationär durchgeführt werden dürfen.
- Im Rahmen der vorgesehenen Stärkung der hausärztlichen Versorgung soll auch eine verbesserte Kommunikation zwischen dem Hausarzt (des Patienten) und den an der Behandlung beteiligten Fachärzten und Krankenhäusern gewährleistet werden. Zugleich soll gesichert werden, daß der Patient jeweils an der Stelle behandelt wird, an der dies am kompetentesten und kostengünstigsten erfolgen kann.

- Die duale Krankenhausfinanzierung soll Schritt für Schritt durch eine stärkere Beteiligung der Krankenkassen an der Investitionsfinanzierung abgelöst werden. Es bleibt offen, ob und wie dadurch die für den Wettbewerb unverzichtbare Chancengleichheit – gleiche Preise für gleiche Leistungen – zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Ärzten erreicht werden soll.
- Neben der *strukturellen* Vernetzung soll auch die *funktionale* Vernetzung präventiver, kurativer und rehabilitativer Behandlung gefördert werden.
- Alle ambulanten und stationären Einrichtungen sollen zu einem umfassenden Qualitätsmanagement verpflichtet werden, womit die Voraussetzung geschaffen wäre, die Vergütungen von der Qualität der erbrachten Leistungen abhängig machen zu können.
- Durch die Erweiterung von Patientenrechten soll die Autonomie des Patienten gestärkt werden, so daß sie nach sorgfältiger Aufklärung über verschiedene Behandlungsmöglichkeiten und Heilungschancen eigenständig entscheiden können.

Die von der Realisierung der vorgesehenen Maßnahmen erwartete Effizienzsteigerung soll es ermöglichen, auch bei weiteren Fortschritten der Medizin und Veränderungen der Altersstruktur die Beitragsätze der gesetzlichen Krankenversicherungen stabil zu halten.

Der BNK geht bei der nachfolgenden Darstellung von dieser politischen Vorgabe aus.

Unbestritten kann und muß die Effizienz im Versorgungssystem verbessert werden, doch wird die mögliche Effizienzsteigerung bei der komplexen Struktur unseres Gesundheitswesens nicht ausreichen, um die bestehenden Finanzierungsprobleme zu lösen.

3. Wichtige Aspekte der Reformvorschläge sind in der vertragsärztlichen Kardiologie schon heute erreicht worden

Mit dem Ziel einer Anhebung von *Qualität, Effizienz, Transparenz* und *Patientenorientierung* hat der BNK in der Vergangenheit bereits wesentliche Inhalte der Eckpunkte vorweggenommen:

- Für die Patienten wird durch die vertragsärztlich tätigen Kardiologen eine *wohnortnahe, dezentrale, individuelle* und *kurzfristig verfügbare* kardiologische Versorgung gewährleistet. Zudem verstehen sich die Facharztinternisten mit der Gebietsbezeichnung Kardiologie nicht als reine Organspezialisten, sondern als Ärzte für Herz- und Kreislauferkrankungen und betreuen damit ihren Patienten ganzheitlich, zumindest umfassender, als es dem einschränkenden Wort „Kardiologie“ zu entnehmen ist. Damit bleibt der Patient im allgemeinen in sein gewohntes Lebensumfeld und das Arbeitsleben integriert. Eine teilweise jahrzehntelange persönliche Betreuung durch *einen* Facharzt bzw. in *einer* Fachpraxis, die auch die psychosozialen Probleme des Patienten erfassten, wobei z. B. das medizinische Fachpersonal eine wichtige Rolle spielen kann, sichert die *Patientenorientierung*: Die meist apparativ gestützte Behandlung erfordert eine umfangreiche Aufklärung, und der hohe Anteil an persönlich erbrachten und nicht delegierbaren Leistungen fördert die Gesprächsbereitschaft und Patientenbindung.
- In kardiologischen Praxen wurde bisher durch unbürokratisch zu treffende *Investitionsentscheidungen* frühzeitig Sorge getragen, daß Patienten ohne Verzögerung am wissenschaftlichen Fortschritt teilhaben konnten und Ergebnisse der kardiologischen Forschung rasch in Diagnostik und Therapie eingeführt wurden. Dies muß auch zukünftig möglich sein.
- Seit Jahren werden *qualitätssichernde Maßnahmen* durchgeführt. Hierzu gehören auch regelmäßige Publikationen und Fortbildungsveranstaltungen innerhalb des Verbandes und für überweisende Hausärzte. Beispielhaft sei hier die wöchentliche „Kompaktinformation“ der niedergelassenen Kardiologen an die überweisenden Ärzte genannt, die aktuelle Themen aus der Praxis und für die Praxis aufgreift („Praktische Kardiologie – Journal by Fax“).
- Unter maßgeblicher Gestaltung des BNK sind bereits seit Jahren feste *Kooperationen mit Hausärzten und Krankenhäusern* Standard geworden. Dies erklärt den hohen Überweisungsanteil von im Durchschnitt ca. 80%. Die große Zahl der ständig überweisenden Ärzte – in einigen Bereichen deutlich über 100 pro kardiologische Praxis – hat zur Entstehung von regionalen Qualitätszirkeln, Netzen und integrierten Versorgungs- und Behandlungsstrukturen geführt. In sie sind auch Krankenhausabteilungen aller Versorgungsstufen einbezogen. Der Überweisungsauftrag wird regelhaft mit einem Befund- und Behandlungsbericht (Arztbrief) abgeschlossen. Dies erlaubt die Beobachtung und das Verfolgen einer „Patientenkarriere“ und ist darüber hinaus die einfachste und am schnellsten verfügbare Möglichkeit einer „Qualitätskontrolle“ – einer qualitätssichernden Maßnahme.
- Die *Schnittstelle zum stationären Sektor* stellen traditionell in eigener Praxis tätige Kardiologen und Belegärzte dar. Die kardiologischen Fachärzte üben eine Mittler- und Filterfunktion zwischen Hausärzten und speziellen Krankenhausabteilungen aus. Einerseits verhüten sie als Filter durch ihre fachlichen und apparativen Möglichkeiten unnötige Krankenhausaufenthalte, andererseits erleichtern sie als Vermittler zwischen Hausärzten und Kliniken durch persönliche und fachliche Verbindungen im Falle einer stationären Einweisung die gezielte Aufnahme in der Spezialabteilung mit der notwendigen diagnostischen Information unter Vermeidung von Mehrfachuntersuchungen.
- Das *Problem der Primär- und Sekundärprävention sowie der Rehabilitation* von Herz- und Kreislauferkrankungen wurde bereits vor über 10 Jahren im BNK erkannt und zum Inhalt zahlreicher Fortbildungsmaßnahmen und Publikationen gemacht. Mitglieder des BNK haben bei der Evaluierung der kardialen Rehabilitationsphase II – bis dahin eine Maßnahme ausschließlich im stationären Bereich –

Pionierarbeit zur Realisierung eines Konzeptes geleistet, das heute sachlich nicht mehr ernsthaft in Frage gestellt werden kann. Gemeinsam mit den Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation werden Struktur- und Prozeßqualität definiert.

4. Das Versorgungssystem weist Qualitäts- und Effizienzdefizite auf

Ungeachtet der als beispielhaft beschriebenen Leistungsfähigkeit gibt es Versorgungsmängel und eine Unwirtschaftlichkeit, die bei begrenzten Mitteln und zu erwartenden Fortschritten in der Medizin durch eine Steigerung der Effizienz beseitigt werden muß, um drohende Rationierung zu vermeiden.

Ansätze für die Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven sind unter anderem nach folgenden Punkten zu prüfen:

- Beherrschung der Mengenentwicklung des Leistungsumfangs
- Verbesserung der Kooperationsform (Vernetzungs- und Verknüpfungsgrad)
- Intensivierung der Sicherung der Qualität
- Verfeinerung der Planung des Bedarfs
- Effizienzsichernde Gestaltung des Budgets
- Verfügbarkeit von Daten und Herstellung von Transparenz des Leistungsgeschehens

a) Leistungsmengenentwicklung

Der BNK steht hinter den Inhalten der §§ 2, 12 und 72 SGB V, in denen u. a. die Ansprüche der Versicherten auf ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche Behandlung und wirtschaftliche Leistungserbringung, die das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf, beschrieben sind.

In den kardiologischen Praxen ist eine große Zahl medizinischer Gründe für die Mengenentwicklung maßgebend:

- Zunahme der Herz- und Kreislaufkrankungen, insbesondere unter Berücksichtigung der Altersstruktur und – entsprechend dem medizinischen Fortschritt – Möglichkeiten der Diagnostik und Intervention im Bereich der Koronararterien in höherem Alter,
- neue nichtinvasive Untersuchungsmethoden, z.B. computerassistierte Echokardiographie, sogenannte Streßechokardiographie, Ösophagusechographie,
- Verlagerung stationärer Behandlung in den ambulanten Versorgungsbereich:
 - a) Versorgung auch schwieriger Krankheitsfälle ambulant
 - b) ambulante Katheterdiagnostik und Therapie
 - c) Verkürzung der Rehabilitations- und Krankenhausliegezeiten
 - d) Zunahme an Überweisungsleistungen, zu deren Durchführung die Kardiologen verpflichtet sind.

Systembedingte falsche Anreize, und hier insbesondere fehlerhafte HVM-Regelungen, fördern in vielen Fachgruppen Mengenausweitungen, was einen Teil der Entwicklung erklären kann. Dies ist in der kardiologischen Praxis nur begrenzt möglich, da die meisten kardiologischen Leistungen nicht oder kaum delegierbar sind.

Weder die systemimmanenten noch die medizinischen Gründe allein können indes die international bestehenden Disparitäten bei den Leistungsmengen erklären.

Disparitäten mit anderen europäischen Ländern sind aufgrund epidemiologisch gesicherter Unterschiede in der Morbidität zumindest teilweise schlüssig. So hat die koronare Herzkrankheit in Spanien und Frankreich nicht annähernd die Bedeutung wie in der Bundesrepublik Deutschland. Andererseits gibt es deutliche Unterschiede im Versorgungsniveau zu nordeuropäischen Ländern, die zumindest teilweise mit Versorgungsnachteilen einhergehen („Tod auf der Warteliste“).

b) Qualitätssicherung

- Maßnahmen zur durchgehenden Sicherung der Struktur-, Prozeß- und Ergebnisqualität sind in der medizinischen Versorgung erst in Ansätzen verwirklicht. Im Bereich der niedergelassenen Kardiologie gibt es immerhin bereits das Programm „Qualitätssicherung Invasivkardiologie“ (QuIK), im Bereich der Rehabilitation die BAR-Studie und das Rheinische Modell. Die Anreize bzw. die Verpflichtungen für durchgehend qualitätssichernde Maßnahmen sind bislang nicht ausreichend bzw. sie stoßen teilweise auf datenschutzrechtliche Bestimmungen.
- Längsschnittuntersuchungen zur Beurteilung der Ergebnisqualität und der sich daraus ergebende Konsequenzen für diagnostische und therapeutische Maßnahmen fehlen weitgehend, auch hier vornehmlich aus Gründen des Mangels an Daten bzw. weil sie nicht zusammen geführt werden dürfen (Datenschutz).

c) Bedarfsplanung

Die Zahl der niedergelassenen Internisten mit dem Schwerpunkt Kardiologie ist trotz weitgehender Niederlassungssperre der Fachbereiche in den Jahren 1996 um 3,2%, 1997 um 5,6% und 1998 um 8,4% gestiegen. Dies ist wesentlich bedingt durch die Umwandlung von allgemein-internistischen in kardiologische Praxen. Dies ist Folge des Umstandes, daß es keine Bedarfsplanung für Kardiologen (und auch nicht für andere Schwerpunktinternisten) gibt.

d.) Vernetzungs- und Verknüpfungsgrad

Die Kooperationen mit Ärzten und Krankenhäusern, die unter maßgeblicher Mitwirkung von BNK-Mitgliedern seit Jahren entstanden sind, haben nicht ausgereicht, die wünschenswerte Koordination von Versorgungsschritten flächendeckend herbeizuführen und die Versorgung auf der preisgünstigsten Ebene zu sichern. Das erscheint durch wirkliche „Vernetzungsstrukturen“ denkbar. Ob die damit verbundenen Erwartungen sich erfüllen, ist nicht sicher, da die bestehenden Netze noch nicht hinreichend evaluiert worden sind.

e) Sektorale Budgets

Im vertragsärztlichen Bereich könnten grundsätzlich mehr Leistungen als bisher erbracht werden, wenn eine Reallokation der Mittel aus dem Krankenhausbereich erfolgte. Als Beispiele seien Patienten mit akutem Thoraxschmerz, synkopalen Ereignissen, komplexen Arrhythmien erwähnt, die durchaus im vertragsärztlichen Sektor zu therapieren wären. Durch die sektoralen Budgets und die relativ undurchlässige Grenze zwischen stationärem und ambulantem Bereich wird eine konsequente Umsetzung des Prinzips „soviel ambulant wie möglich“ zur Zeit verfehlt. Viele der beispielhaft genannten Patienten werden stationär eingewiesen und verbleiben mehr oder weniger lang im Krankenhaus. Auch dieses Problem haben die vorhandenen integrierten Versorgungsstrukturen bisher nicht gelöst.

5. Die Realisierung der in den Eckpunkten entwickelten Vorstellungen läßt in Teilbereichen der kardiologischen Versorgung eine Effizienzsteigerung erwarten

Der BNK begrüßt die nach den Eckpunkten vorgesehene stärkere Verzahnung von ambulantem und stationärem Bereich durch Ermächtigung der Krankenhäuser und den ebenfalls eingeforderten Wettbewerb *nur unter der Maßgabe*, daß

- die Ermächtigung der Krankenhäuser nur im Rahmen der Bedarfsplanung niedergelassener Ärzte und entsprechend dem Versorgungsbedarf erfolgt.
- die Finanzierung der in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen aus der „Gesamtvergütung“ für den stationären Sektor erfolgt.
- gleiche Preise unter Berücksichtigung eines angemessenen Investitionszuschlages für die Tätigkeit im vertragsärztlichen kardiologischen Bereich festgesetzt werden.

Der BNK begrüßt die Intensivierung eines umfassenden Qualitätsmanagements, *sofern dies folgende Ziele umfaßt*:

- Transparenz des Leistungsgeschehens durch die Verfügbarkeit bislang fehlender Daten.
- Steigerung der „Indikationsqualität“. Die vorgesehene Verbesserung der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin und die geplante Stärkung der Position der Hausärzte sollte tendenziell zu einer Anhebung der „Überweisungsqualität“ führen.
- Steigerung und Kontrolle der Prozeßqualität, um „schlechte“ Leistungserbringer in Klinik oder Praxis auf das anerkannte Verfahrensniveau zu bringen.
- Beschränkung der Leistungen auf das medizinisch notwendige Maß (z. B. durch die Anwendung evaluierter Leitlinien).
- Intensivierung des externen Monitoring.

Der BNK akzeptiert die in den Eckpunkten formulierte Absicht, den Krankenkassen die Möglichkeit zu geben, „Verträge mit einzelnen Vertragsärzten bzw. Zahnärzten, Arztgruppen, Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern zur Finanzierung integrierender Versorgungsformen ...“ zu schließen. Damit wird den Kassen u. a. die Möglichkeit gegeben, durch Verträge mit und innerhalb der Sektoren integrierende Versorgungsformen als Regelversorgung zu finanzieren.

Der Bereich der Kardiologie ist für ein integrierendes Versorgungsmodell mit dem Ziel eines patienten-orientierten Managements besonders geeignet. Derartige Versorgungskonzepte werden bereits realisiert. Die konzeptionellen Grundlagen davon sind unter Mitarbeit von BNK-Mitgliedern erarbeitet und 1998 (im Deutschen Ärzteblatt) veröffentlicht worden.

Erfolge einer solchen Entwicklung können nur erwartet werden, wenn die Verträge

- regional
- im Wettbewerb
- mit einer begrenzten Zahl von Leistungserbringern
- qualitätsgesichert und leitlinienorientiert wie in den Eckpunkten vorgesehen
- in direkten Verhandlungen mit den Kostenträgern

möglich sind.

6. Weitere über das Eckpunktepapier hinausgehende effizienzsteigernde Instrumente sind zur Aufrechterhaltung einer wirtschaftlichen Versorgung notwendig

Der BNK sieht nicht alle Möglichkeiten zu einer Effizienzsteigerung mit den in den Eckpunkten beschriebenen Maßnahmen realisiert. So werden wesentliche „Systemfehler“ nicht beseitigt, unter denen die folgenden schwerwiegend sind:

- Durch die Festlegung je einer Gesamtvergütung für den stationären und für den vertragsärztlichen Bereich – die als Teil der ärztlichen Verantwortung auch ein Arzneimittelbudget erhalten wird – bleibt die sektorale Budgetierung de facto erhalten. Damit ist weiterhin nicht gewährleistet, daß die Behandlung von Patienten dort stattfindet, wo es von der Sache her angemessen und kostengünstig möglich ist. Dies führt als kontraproduktiver Effekt zu Patientenselektion und zu Patientenverschiebungen, um das eigene Budget zu entlasten. Die „de facto“-Fortschreibung der sektoralen Budgetierung ist um so unverständlicher, als die Forderung besteht, mit den insgesamt gegebenen Finanzmitteln unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven die Versorgung auf Dauer zu gewährleisten. Ein effizienter Ressourceneinsatz wird durch die abzusehende Entwicklung verhindert.
- Nach den Eckpunkten ist kein Instrument vorgesehen, den Bedarf für in Schwerpunkten tätige Fachärzte der Inneren Medizin wie Kardiologie, Gastroenterologie und anderes mehr im vertragsärztlichen Bereich festzulegen. Dies ist zwingend erforderlich, um einer Überversorgung und der Gefahr einer damit verbundenen Mengenausweitung entgegenzuwirken. Die Öffnung des stationären Bereichs begünstigt im Gegenteil eine Überversorgung mit der Gefahr einer Mengenausweitung.
- Es fehlen in den Eckpunkten Ansätze zu einer angemessenen Honorierung für medizinisch notwendige Leistungen, was Voraussetzung für eine effiziente Versorgung ist. Dieses Ziel wird u. a. verfehlt, da derzeit 23 Honorarverteilungsmaßstäbe die Vorgaben des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) nicht umsetzen bzw. in einigen Regionen ad absurdum führen.
- Kleinen Fachgruppen, und hierzu zählen auch die Schwerpunkte der Inneren Medizin (Kardiologie, Gastroenterologie u.a.), wird so teilweise die wirtschaftliche Existenzgrundlage entzogen.
- Nach den Eckpunkten ist ein Verhältniswahlrecht für die Vertreterversammlungen und das Herstellen des Einvernehmens mit den Kassen vorgesehen. Dies sind Schritte in die richtige Richtung, dennoch ist offen, ob sie den Systemfehler beseitigen werden, der darin besteht, daß die Honorarverteilungsmaßstäbe durch Beschluß der Vertreterversammlungen der KVen gefaßt werden. In diesen sind kleine Fachgruppen meist nicht ausreichend repräsentiert, ihre Interessen damit nicht hinreichend vertreten.

7. Ergänzende Empfehlungen

Die nach Nr. 10.1 der Eckpunkte vorgesehene Liberalisierung der Vertragsregelung ist im Hinblick auf eine effiziente Versorgung unzureichend.

Die Verpflichtungen der Krankenkassen, „gemeinsame und einheitliche Verträge“ mit einzelnen Leistungserbringern oder Gruppen von Leistungserbringern zur Finanzierung integrierender Versorgungsformen zu schließen, fördert den Wettbewerb nicht, sie verhindert ihn vielmehr nachgerade. Statt dessen muß es einzelnen Kassen(-arten) erlaubt sein, *Einzelverträge direkt* schließen zu können.

Trotz der derzeitig vorhandenen Vertragsebenen sollte es möglich sein, Verwerfungen des EBM auf Landesebene zu reduzieren oder zu verhindern. Analog der Vereinbarungen im stationären Bereich (bei Fallpauschale) ist die Verhandlung einer Schwankungsbreite von $\pm 10\%$ eine denkbare Bundesvorgabe für die Vertragsebene Land.

Die Einhaltung der Budgetvorgaben auf Landesebene kann durch die im Grundsatz weiter vorhandenen Instrumente der Mengenbegrenzung (Fallzahlbegrenzung pro Arzt, Punktzahlbegrenzung pro Fall, Abstaffelung) gesichert werden.

8. Zusammenfassende Schlußfolgerung

Ausgehend von den politischen Vorgaben, setzt sich der BNK im Einvernehmen mit dem Eckpunktepapier des BMG folgende Ziele:

- gesetzlich verankerte Qualitätssicherung
- Kalkulierbarkeit der Leistungen (fester Punktwert)
- Förderung des Wettbewerbs unter allen Leistungserbringern, aber auch unter den Krankenkassen
- integrierte Versorgungsformen zwischen Hausärzten/Fachärzten, ambulante/stationäre Verzahnung, Direktabschlüsse mit den Krankenkassen, Globalbudgets im Sinne von kommunizierenden Budgets
- Erweiterung der Patientenrechte

Schlußsatz

Der BNK möchte mit diesem Positionspapier und der darin geführten Auseinandersetzung mit dem Eckpunktepapier des BMG einen konstruktiven Beitrag zum gewünschten Dialog im Vorfeld der Strukturreform 2000 leisten.

Eine Intensivierung dieses Dialogs wird vom BNK als zwingend notwendig erachtet.