

\*Kommentar zum Positionspapier der KBV: "Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung"\*

\*\*

Dr. med. Karl Ebertseder

Die KBV hat am 25.11.2009 ein Positionspapier veröffentlicht, wie die Zukunft der ambulanten Medizin aus KV-Sicht aussehen soll, einschließlich der Grundzüge einer neuerlichen "Honorarreform".

Trotz einiger begrüßenswerter Elemente sind die Vorstellungen der KBV aus unserer Sicht insgesamt kritisch zu bewerten:

> Ersichtlich geht es in diesen "Vorschlägen zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin" primär um eine Stärkung der KVen, deren Position durch die Gesetzgebung in den letzten Jahren arg ramponiert wurde. Die KBV will offenbar aus der ihr von Ulla Schmidt zugewiesenen traurigen Rolle als ungeliebter Kettenhund (und bedarfsweise Sündenbock) des BMG heraus, und unter dem neuen FDP-Minister Rösler wieder Handlungs- und Gestaltungsspielraum gewinnen. Dabei erscheinen unsere "Vertragsarzt"-Praxen aber leider weiterhin lediglich als Manövriermasse der KVen im strategischen Spagat zwischen Erfüllung des "Sicherstellungsauftrags" und politisch vorgegebener "Kostendämpfung" - zum Zweck der Erhaltung des GKV-Sachleistungssystems.

> Die von KBV-Chef Dr. Köhler angekündigte erneute "Honorarreform" entpuppt sich bei genauerer Betrachtung letztlich als alter Wein in neuen Schläuchen.

#### **\*Stärkung der Kassenärztlichen Vereinigungen:\***

Pikant erscheint die mit "effizienter Qualitätsprüfung" begründete Forderung nach online-Anbindung der Praxen an die KV zur Weitergabe und Auswertung personenbezogener Patientendaten - also wohl eine Art eCard. der KV? Offenbar will die KV hier gleichziehen mit den entsprechenden Regelungen der Kassen in deren 73b und 73c-Selektivverträgen - zumindest in diesem Punkt gäbe es dann keinen Grund mehr, das Kollektivvertragssystem der KV noch als das kleinere Übel gegenüber den Selektivverträgen mit den Kassen vorzuziehen!

Nach Gutsherrenart möchten die KV-Vorstände durch eine Ausnahmeregelung ihre Amtszeit gleich bis 31.12.2011 verlängert haben, was mit einer notwendigen Vorbereitung von Neumitgliedern in den Führungspositionen begründet wird.

Die Honorarverteilung soll wieder "eigenverantwortlich" von der KV durchgeführt werden, unter Nutzung eines "erweiterten Ermessensspielraums".

§73b- und §73c-Verträge sollen ausschließlich Add-on-Verträge ohne Bereinigung sein, wodurch die derzeit größte Gefahr für die Weiterexistenz des KV-Systems gebannt wäre. Das Management dieser im Sinne der KV domestizierten Selektivverträge soll dann auch über die KV als Service-Dienstleister erfolgen können. Außerdem sollen die KVen Zugang zum Geschäft mit IV-Verträgen erhalten.

Die KVen sollen "zur Nachwuchsförderung" in die Organisation der ärztlichen Weiterbildung einbezogen werden, was merkwürdig anmutet: Haben doch gerade die KVen durch ihre jahrelang praktizierte Willfährigkeit gegenüber einer ärztfelindlichen Politik und ihre Mitverantwortung für Honorarwillkür, Preisdumping, Regulierungswut und Regress-Tribunale die Arbeitsbedingungen der Ärzte in der Niederlassung so verschlechtert, dass der Nachwuchs (mit Recht!) wegbleibt!

Angesichts des sich immer mehr abzeichnenden Ärztemangels kommt die KBV zu unkonventionellen Lösungsvorschlägen:

So möchte sie, um in "strukturschwachen Gebieten" ihren Sicherstellungsauftrag zu gewährleisten, selbst Ärzte anstellen - in KV-eigenen MVZ's, evtl. in Geschäftspartnerschaft mit Kliniken. Es dürfte sich hier um Problemregionen handeln, die für Rhön, Atriomed u. Co. nicht ausreichend lukrativ sind, und es ist anzunehmen, dass diese KV-MVZ's Zuschussbetriebe bleiben, die wohl aus Vorwegabzügen finanziert werden. Oder die KV genehmigt sich für ihre eigenen "Betriebsstätten" dann besondere "Qualitätszuschläge" (s.u.)? Um ihren Beitrag zur Behebung des Ärztemangels auch in den Kliniken zu leisten, will die KV auch ins Vermittlungsgeschäft von Konsiliarärzten und Honorarärzten einsteigen,

In den sich abzeichnenden Versorgungsnotstandsgebieten schlägt die KBV ferner vor, "Arztstationen" zu betreiben, die stundenweise mit "Vertragsärzten" besetzt werden sollen.

Den unter Ulla Schmidt geschaffenen Zentralismus stellt die KBV keineswegs in Frage, sondern nimmt diesen als Argument, um "zwingend eine vergleichbar stärkere Konzentration der Aufgaben der vertragsärztlichen Selbstverwaltung auf Bundesebene" zu fordern. Die KBV soll nach eigenen Vorstellungen auch "die Richtlinienkompetenz zur Durchführung des EBM" erhalten.

## **\*Honorar-Reform:\***

Um die "Honorarverteilung und Leistungssteuerung ... stark zu vereinfachen", soll sich das Arzthonorar künftig aus 4 "Leistungskomponenten" zusammensetzen:

- */Strukturpauschale/* für fixe Kosten: Diese soll fallzahlbezogen die fixen Durchschnittskosten einer Praxis abbilden, dies nach Arztgruppen und nach Fachspezialisierung differenziert. Dafür soll es eine Budgetierung geben - bei Überschreitung der Grenz-Fallzahl bekommt die Praxis dann keine Strukturpauschale mehr.
- */Aufwandspauschale/*: Diese soll fallzahlbezogen die variablen Kosten des pauschaliert abzubildenden Praxisbedarfs abgelten. Hier soll keine Abstaffellung gelten.
- */Arztlohn/*: Diese Komponente soll den reinen "Arztlohn" wiedergeben. Es sollen "klassische Einzelleistungen im EBM beschrieben" werden, die mit "festen" Euro-Preisen ausgewiesen werden. Für diese Einzelleistungen sollen jeweils definierte Zeiten vorgegeben werden. Dieser angeblich feste Arztlohn wird - wundert's! - budgetiert, und zwar durch ein "fallzahlabhängiges Zeitkontingent" - über das Zeitbudget hinausgehende Leistungen werden nicht mehr vergütet.
- */Qualitätszuschläge/*: Diese sollen für bestimmte Leistungsbereiche als "qualitätsorientierte Zuschläge" gezahlt werden.

Anstelle der Gesamtvergütung soll die "gemeinsame Selbstverwaltung" künftig jährlich ein "Orientierungsvolumen" festlegen, berechnet aus der Versichertenzahl und deren Morbiditätsstruktur, wobei auch Betriebs- und Investitionskosten, "Verlagerungseffekte" und "die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven" einfließen sollen. Für den absehbaren Fall, dass "die von den Vertragsärzten bundesweit angeforderte Vergütung das Orientierungsvolumen übersteigt ... werden im Folgejahr die Einzelleistungen überprüft, inwieweit durch Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine Anpassung an das Orientierungsvolumen erfolgen kann..."

Fazit:

> Die Honorarbudgets bleiben wie gehabt: Statt RLV's bekommen wir Fallzahlobergrenzen für die Strukturpauschale und ein "fallzahlabhängiges Zeitkontingent" für den "Arztlohn". Damit hätten wir im Endeffekt trotz vermeintlicher Einzelleistungsabrechnung de facto wieder eine budgetierte Pauschalvergütung - also das gleiche Spiel, wie mit den "festen Eurobeträgen" und den RLV's in der gerade einmal 1 Jahr alten jetzigen Honorarregelung. Diese jetzt vorgeschlagene Regelung scheint zwar auf den ersten Blick kalkulierbarer als die derzeitigen RLV's (mit implementieren Abschmelz-Faktor aufgrund der

"freien Leistungen"). Die so festgelegten Honorarbudgets werden nicht mehr - wie derzeit - von Quartal zu Quartal nach unten korrigiert, sondern erst in jährlichen Abständen (s. unten). Es ist aber wohl kaum damit zu rechnen, dass die "fallzahlabhängigen Zeitkontingente" üppiger ausfallen werden, wie unsere jetzigen fallzahlabhängigen RLV's, sodass wir voraussehbar weiterhin einen großen Teil unserer Arbeit - spätestens ab der zweiten Hälfte des Quartals - umsonst erbringen müssen. Kaum zu glauben, dass dabei angemessenere Honorare und eine gerechtere Honorarverteilung herauskommen soll!

> Das Morbiditätsrisiko bleibt weiter bei uns Ärzten: Bei Überschreitung des von Kassen und KBV festgesetzten "Orientierungsvolumens" soll die Bewertung der Einzelleistungen entsprechend nach unten "angepasst" werden - damit die Sache kostenneutral für die Kassen bleibt. Das Schlüsselwort, um diese willkürlichen Honorarkürzungen nach Kassenlage zu kaschieren, heißt "Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven" bei uns Ärzten! Ein vermehrter Leistungsbedarf wird also wie gehabt durch entsprechende Absenkung der Leistungsvergütung kompensiert. Die fortschreitende Unterfinanzierung unserer Praxen wird somit auch mit diesem neuen Honorar-Konzept aus dem Hause Köhler weiter fortgeschrieben!

Zu bedenken ist dabei auch noch, dass dies ja nur die Vorstellungen der KBV sind, die im Bewertungsausschuss erst mal einvernehmlich mit den Kassen beschlossen werden müssten - oder, im Dissens-Fall im erweiterten Bewertungsausschuss dann vom Schlichter (d.h. Prof. Wasem) entschieden werden. Und dann ist sicher anzunehmen, dass auch wieder - analog zu den jetzt bestehenden, quartalweise erfolgenden Berechnungen der RLV's auf der Grundlage des Vergleichs-Quartals des Vorjahres - zusätzliche Steuerungsmechanismen implantiert werden, die verhindern sollen, dass wir - was eigentlich systemkonform wäre - unsere Leistungen der Vergütung entsprechend drastisch reduzieren.

Es resultiert also letztlich wieder keine Planungssicherheit und keine betriebswirtschaftlich solide Kalkulationsbasis für unsere Praxen!

Herr Köhler, mit Verlaub: Eine neuerliche Mogelpackung!

### **\*Regress:\***

Der Missstand der sog. "Regress"verfahren gegen Ärzte wegen Überschreitung sog. Richtgrößen in der Arzneimittelverschreibung und Heilmittelverordnung wurde von KBV-Vorstand Müller vor kurzem ja beklagt und es wurden Änderungsinitiativen angekündigt. Im Positionspapier der KBV finden sich hierzu jetzt konkrete Vorschläge:

Für die "Steuerung" der Medikamentenkosten soll auf Bundesebene ein "Medikationskatalog" entwickelt werden, der auf Landesebene umgesetzt werden

soll. Wir sollen dann nur noch für die indikationsgerechte Auswahl des Wirkstoffs und die Verordnungsmenge haften, nicht mehr für Preis und Kosten der Medikamente. Die Richtgrößenprüfungen sollen dadurch als "nicht mehr erforderlich" entfallen. Sicher eine begrüßenswerte Forderung. Andererseits, wer glaubt, dass dadurch die Arzneimittelregresse einfach entfallen, irrt: Die "Wirtschaftlichkeitsprüfung" erfolgt zwar nicht mehr nach Richtgrößen, dafür nach der Einhaltung der Vorgaben für die "indikationsgerechte Arzneimittelverordnung", gemäß dem "Medikationskatalog" und den Zielen der regionalen Arzneimittelvereinbarungen zwischen KV und Kassen. Entsprechend soll die Heilmittelverordnung mittels des Heilmittelkatalogs gesteuert (d.h. budgetiert) werden.

\*Die KV will auch auf dem Geschäftsfeld der "Versorgungsinnovationen" Präsenz zeigen:\*

\*\*

Der "Innovationsfonds" für sog. "Versorgungsinnovationen" als Nachfolger der am 31.12.2008 ausgelaufenen Anschubfinanzierung von IV-Projekten steht schließlich auch noch auf der Agenda der KBV. Zu dessen Finanzierung sollen im Vorwegabzug 2% der Vergütungen aller beteiligten Sektoren einbehalten werden. Anders als vom "Bundesverband Managed-care e.V." kürzlich gefordert, soll der "Innovationsfonds" nach Vorstellung der KBV aber nicht als Stiftung organisiert werden, sondern beim Bundesversicherungsamt angesiedelt werden, das ja schon den Gesundheitsfonds verwaltet..

**\*Schlussfolgerung:\***

Alles in allem bietet die "Zukunftsvision" der KBV leider wenig Zukunftsperspektiven für unsere Praxen!

Man kann nur hoffen, dass die neue BMG-Führung unter Herrn Rösler und Herrn Bahr den Mut hat, einen wirklichen Neuanfang zu wagen, statt den seit Seehofer verfolgten - und von Ulla Schmidt und Herrn Knieps zugunsten von Kassen und Konzernen perfektionierten - Kurs einer Kostendämpfung zu Lasten von uns niedergelassenen Ärzten (und indirekt letztlich zu Lasten unserer Patienten) unter neuer Etikettierung weiter zu führen, wie es offensichtlich Herr Köhler und die KBV empfiehlt.

Unsere Forderung als "Vereinigung liberaler Ärzte e.V." lautet daher: Eine echte Honorarreform, die auf der Direktabrechnung der erbrachten Leistungen mit dem Patienten und Kostenerstattung durch die Kassen beruht!