

## **Umverteilungskampf wegen behaupteter Über- und Unterversorgung. Zum Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses vom 02.09.2009 gemäß § 87 Abs. 2e SGB-V**

Dr. med. Karl Ebertseder

In seiner Sitzung am 02.09.2009 hat der erweiterte Bewertungsausschuss u.a. einen Beschluss zur Höhe und Anwendung von Orientierungspunktwerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung gemäß § 87 Abs. 2e SGB-V getroffen. (s. Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 39, vom 25. September 2009, S. 1913 ff.). Danach sind in Planungsbezirken mit festgestellter Überversorgung künftig auch für bereits dort niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten Abschläge bei den Punktwerten für die Vergütung vorzunehmen (in Planungsbezirken mit Unterversorgung soll es dafür Zuschläge geben). Die Regelung soll zum 01.01.2010 in Kraft treten.

Es handelt sich wiederum um ein Musterbeispiel pseudowissenschaftlicher Schätzometrie im geltenden Honorar-Wirrwarr des GKV-KV-Sachleistungssystems.

Zunächst werden 5 „Versorgungsmaße“ definiert: Überversorgung II (Versorgungsgrad – im Sinne der Bedarfsplanungsrichtlinie Anlage 5 Nr.4 – größer/gleich 150 %), Überversorgung I (Versorgungsgrad 110 bis 150 %), Regelversorgung (Versorgungsgrad bei HÄ 75 bis 110 %, FÄ 50 bis 110 %), Unterversorgung I (Versorgungsgrad bei HÄ größer/gleich 56,25 und kleiner 75 %, bei FÄ größer/gleich 37,5 und kleiner 50 %), und Unterversorgung II (Versorgungsgrad bei HÄ unter 56,25 % und bei FÄ unter 37,5 %).

Für 2010 wird noch eine Schonfrist gewährt, d.h. es gilt der Orientierungspunktwert „Regelversorgung“ noch für alle. Ab 2011 soll die Abstufungs-/Zuschlagsregelung greifen. Differenziert wird zwischen „Altfällen“ (bereits vor dem 01.01.2010 niedergelassen), bei denen die Abschläge geringer ausfallen, und „Neufällen“. Für die Rückführung der Honorare der Ärzte und Psychotherapeuten in „überversorgten“ Planungsbezirken gilt eine Konvergenzregel, die die Auswirkungen der Kürzungen für die „Altfälle“ etwas mehr strecken soll, als für diejenigen, die sich trotz des beabsichtigten Abschreckungseffekts auch nach dem 01.01.2010 noch niederlassen (Letztere Regelung gilt für Niederlassungen im Zeitraum bis 31.12.2011 – offensichtlich geht man davon aus, dass danach die von den Verfassern des Gesetzes nicht gewünschte Niederlassung von Ärzten endgültig der Vergangenheit angehört).

Für die Berechnung der Zu-/Abschläge werden wiederum 3 Gruppen gebildet und entsprechend des Grads der Über- bzw. Unterversorgung entsprechende Faktoren für Abschläge (FA) und Zuschläge (FZ) zugeordnet:

*Gruppe 1: Alle Fachgruppen außer Radiologen, Chirurgen und Psychotherapeuten:*

Abschläge: Überversorgung II: 14, Überversorgung I: 7

Zuschläge: Unterversorgung II: 20, Unterversorgung I: 10

*Gruppe 2: Radiologen, Chirurgen:*

Abschläge: Überversorgung II: 11, Überversorgung I: 5,5

Zuschläge: Unterversorgung II: 16, Unterversorgung I: 8

*Gruppe 3: Psychotherapeuten:*

Abschläge: Überversorgung II: 19, Überversorgung I: 9,5

Zuschläge: Unterversorgung II: 27, Unterversorgung I: 13,5

Der Orientierungspunktwert errechnet sich nach der Formel:

$OW = OW \text{ Regelversorgung} \times (1 - FA/100)$  im Falle eines Abschlags bzw.

$OW = OW \text{ Regelversorgung} \times (1 - FZ/100)$  im Falle eines Zuschlags.

Die Abschläge in der Konvergenzphase werden dadurch ermittelt, dass die jeweiligen Werte des Abschlagfaktors FZ mit einem Konvergenzfaktor A multipliziert werden, wobei dieser für die „Altfälle“ von 2011 bis 2016 progressiv von 0,1 bis 0,9 ansteigt, für die „Neufälle“ mit verkürzter und verschärfter Konvergenzregelung von 2011 bis 2013 von 0,1 bis 0,7.

Beispiel: Für eine Altfall-Praxis Gruppe 1 in Überversorgung I steigt die Kürzung des Orientierungspunktwerts von 0,7 % in 2011 bis 6,3 % in 2016.

Damit nicht genug, gibt es *Sonderregelungen*: Für MVZ's, fachübergreifende Gemeinschaftspraxen und Filialpraxen gilt ein *Mischpreis*. Im Falle einer *qualitätsbezogenen Sonderbedarfsfeststellung* dürfen die Partner der Gesamtverträge selbst entscheiden, ob der Punktwert der Regelversorgung oder einer etwaigen Über-/Unterversorgung zur Anwendung kommt. Schließlich kann ein lokaler Versorgungsbedarf gem. § 34a Bedarfsplanungsrichtlinie mit dem Regelversorgungs-Punktwert honoriert werden, auch wenn in dem Planungsbezirk Überversorgung I oder II vorliegt. Last but not least hat der erweiterte Bewertungsausschuss die Möglichkeit bedacht, dass in einem kleinen Planungsbereich ein Versorgungsgrad von mindestens 110 Prozent in einer Arztgruppe bereits durch die Niederlassung eines einzigen Arztes erreicht oder überschritten ist – in diesem Fall gilt kulanter Weise der Orientierungspunktwert der Regelversorgung...

Alles in allem also ein reichlich kompliziertes und intransparentes Verfahren mit dem vorgeblichen Zweck einer Steuerung des Niederlassungsverhaltens. Dieses soll erreicht werden durch:

- eine für die Kassen kostenneutrale Honorarumverteilung innerhalb der niedergelassenen Ärzteschaft zugunsten sog. unterversorgter Regionen
- eine gezielt verordnete Honorarminderung von Praxen in sog. überversorgten Regionen.

Ob das behauptete ordnungspolitische Ziel, die Versorgung strukturschwacher Regionen nachhaltig zu verbessern und vermeintliche Überkapazitäten in Ballungsgebieten abzubauen, damit erreicht wird, erscheint aber fraglich.

In dem derzeitigen Honorarsystem mit seinen für die Grundversorgung der Bevölkerung jetzt schon völlig unzureichenden und systemimmanent stetig weiter sinkenden RLV's sind die aufgrund dieses Beschlusses des erweiterten Bewertungsausschusses durch innerärztliche Umverteilung generierten Zuschläge sicherlich kein ausreichender Anreiz für bisherige Praxisinhaber aus sog. überversorgten Regionen, sich in strukturschwachen Gegenden neu niederzulassen. Realitätsfern mutet auch die Vorstellung an, man könnte eine Praxis in einer Region schließen und in einer anderen Region einfach neu eröffnen. Eine Praxis ist kein Bauchladen. Aber vielleicht verfolgte der (faktische) Gesetzgeber im BMG mit diesen Bestimmungen im GKV-WSG 2007 ja auch andere Absichten. Denn klar ist: Durch diese Regelung verlieren Praxen in sog. überversorgten Regionen weiter an Wert, und können noch billiger von Klinik-Konzernen und kommerziellen MVZ-Betreibern aufgekauft werden.

Es fragt sich auch, inwieweit diese Abstufungsregelungen nicht einen verfassungsrechtlich bedenklichen Eingriff in die Eigentumsrechte und in den Bestandsschutz der betroffenen Praxisinhaber darstellen.

Vollends absurd werden derartige Zu- und Abschlagsberechnungen, wenn man sich folgendes vorstellt: Arzt A in einem Planungsbezirk mit einem Versorgungsgrad von 109,99 % bekommt definitionsgemäß noch den vollen Punktwert der Regelversorgung, Arzt B in einem Planungsbezirk mit einem Versorgungsgrad von rechnerisch exakt 110 % wird abgestuft entsprechend Überversorgung I - obwohl die reale Versorgungssituation in beiden Planungsbezirken de facto gleich ist. Wie ist das mit dem Gleichheitsgrundsatz vereinbar?

Die neue Bundesregierung und der neue Amtsinhaber im BMG wären sicherlich gut beraten, diese Regelungen rasch zu kippen.

Die niedergelassene Ärzteschaft jedenfalls ist es leid, weiter mit derartigen Abstrusitäten einer aus den Fugen geratenen sozialbürokratischen Mangelverwaltung traktiert und scheibchenweise um ein gerechtes Honorar gebracht zu werden - während gleichzeitig die Lobbyisten der Gesundheitsindustrie die Richtung bestimmen! Immer lauter wird daher die Forderung, endlich eine - sozial abgefederte - Direktabrechnung mit dem Patienten auf der Grundlage einer transparenten und leistungsgerechten Gebührenordnung einzuführen – dann könnten wir uns einen solchen Krampf künftig ersparen! Und das durch das bisherige System generierte Problem der „Über- und Unterversorgung“ ließe sich ohne viel Bürokratie und willkürliche „Umverteilung“ lösen.