

## **Bewertung aus Sicht der Spitzenverbände der Krankenkassen**

Thomas Ballast, Vorstandsvorsitzender VdAK/AEV

Die im Zuge des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz gesetzlich verankerte Reform der ärztlichen Vergütung ist eines der komplexen Reformvorhaben, deren einzelne Bestandteile und Auswirkungen erst im Zuge der Umsetzung definiert bzw. sichtbar werden. Dabei lassen sich vier Hauptbaustellen unterscheiden:

### 1. Die Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)

Angelegt auf mehrere Jahre, stellt dies gleichwohl den einfacheren Teil der Reformaufgabe dar. Die unmittelbare Einflussmöglichkeit durch das Bundesministerium für Gesundheit und das Konfliktlösungsinstrument über den Erweiterten Bewertungsausschuss lassen erwarten, dass die Aufgabe zeitgerecht umgesetzt wird – auch bei divergierenden Interessen der Beteiligten auf der Ebene der Selbstverwaltungspartner.

### 2. Die Verabschiedung von Verhandlungsvorgaben durch die Bundes- für die Landesebene

An dieser Stelle verlassen die Partner der Bundesebene ihr Kerngeschäft und damit auch ihre Kernkompetenz. Sie greifen unmittelbar in das Verhandlungsgeschäft auf der Landesebene ein; dieses wird allerdings zumindest teilweise von völlig anderen Interessen geleitet als auf der Bundesebene. Hier droht zumindest der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine Lähmung, die durch die stark repräsentierten Kassenärztlichen Vereinigungen ausgelöst wird. Aber auch hier wird die Reform nicht scheitern, denn die Einflüsse der (hier weniger von Landesinteressen bestimmten) Kassenseite und des Ministeriums werden ausreichen, um auch diesen Schritt zu gehen.

### 3. Die Neugestaltung der Honorarverträge auf der Landesebene

Soweit es die Aufgaben auf der Bundesebene betrifft, ist die Vergütungsreform gut durchdacht. Dies betrifft mangels Transparenz über das Geschäft auf der Landesebene jedoch nicht die Reformelemente auf der Landesebene. Die Reform bedeutet dort eine radikale, wenn auch notwendige Abkehr vom bisherigen Honorargeschäft. Die Kassenseite muss gemeinsam und einheitlich agieren und dabei unterschiedlichste Interessen integrieren. Die Budgets der Einzelkassen werden leistungsabhängig gestaltet, was bei Über- oder Unterschreitungen der Leistungsmenge auf der Ebene der Einzelkassen entweder Verwerfungen bei den Belastungen der Kassen insgesamt auslöst oder den Kassenärztlichen Vereinigungen Schwierigkeiten bei der Generierung ausreichend hoher Honorarzahllungen bereiten wird. Viele Verträge werden in Schiedsämtern geschlossen werden und danach die Gerichtsbarkeit beschäftigen. Aber auch hier wird die Reform funktionieren, wenn auch nicht mehr so, wie sich der eine oder andere Theoretiker auf der Bundesebene das gedacht haben mag.

#### 4. Die Veränderung der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen

Die Neuverteilung der Kassenzahlungen an die Vertragsärzte durch die Kassenärztlichen Vereinigungen wird letztere vor große Belastungen stellen. Nach der reformimmanenten Logik werden sich die Honorarumsätze der Arztgruppen und einzelner Ärzte massiv verändern. Es ist unwahrscheinlich, dass es den Kassenärztlichen Vereinigungen gelingt, so viel zusätzliches Honorar bei den Kassen einzusammeln, dass es keine Verlierer unter den Ärzten gibt. Man darf daher gespannt sein, wie es den KVen gelingt, für Veränderungen unter den Ärzten zu werben. Gelingt es nicht, werden die Einzelvertragsoptionen die Existenzfähigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage stellen.

Mit dieser Beschreibung wird deutlich, dass auf Bundes- und Landesebene einige Probleme zu lösen sind, dass aber das Ausmaß des Erfolges der Vergütungsreform letztlich auf der Landesebene bestimmt wird. Da dort die Reform erst im Jahr 2010 „scharfgestellt“ wird (2009 ist ein Übergangsjahr mit einer ausgeprägteren Steuerung über die Bundesebene), wird man auch so lange warten müssen, um die Auswirkungen letztendlich bewerten zu können.

Bis dahin muss man sich mit Thesen über den Ausgang des Reformprojektes behelfen, von denen fünf im nachfolgenden Text vorgeschlagen und erläutert werden.

##### 1. Die Vergütungsreform ist ein Schritt in die richtige Richtung, aber sicher nicht der letzte.

Das aktuelle System der Honoraraufbringung durch die Kassen und der Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen hat seine Wurzeln Anfang der 90er Jahre des vorigen Jahrhunderts. Im Zuge des Gesundheitsstrukturgesetzes 1993 wurden Budgets gebildet, die kassenbezogen die damalige Versichertenstruktur und das damalige Inanspruchnahmeverhalten widerspiegeln. Außerdem wurden die Preisverhältnisse (Punktwerte) des Jahres 1991 bzw. 1992 (neue Länder) zementiert. Seit diesem Zeitpunkt haben sich Leistungserbringung und –abrechnung auf der einen und Leistungsvergütung auf der anderen Seite auseinander entwickelt. Es ist richtig, diesen zunehmenden Konflikt zumindest teilweise aufzulösen. So erlaubt beispielsweise die zwischenzeitliche Einführung des Risikostrukturausgleichs die quasi gesetzliche Fortführung kassenartenbezogener Preisdifferenzierungen nicht mehr; allenfalls im übergeordneten Interesse der Kassen (z. B. zur Leistungssteuerung) gewählte Vergütungsdifferenzierungen sind möglich. Die Wechselbewegungen der Versicherten unter den Kassenarten und damit veränderte Nachfragemuster konnten in den Anfang der 90er Jahre entstandenen Kopfpauschalen nicht abgebildet werden.

Andererseits hat der EBM selbst dazu beigetragen, dass das Vergütungssystem insbesondere in der Ärzteschaft als zunehmend ungerecht empfunden wird. Mehrere EBM-Reformen haben zu einer Ausdehnung des Punktzahlvolumens geführt, ohne dass dadurch auch tatsächlich eine Leistungszunahme erfolgte. Der Anstieg der Leistungsmenge in der Vergangenheit ist denn auch nur zu einem geringen Teil auf

eine veränderte Morbidität in der Bevölkerung zurückzuführen. Der weitaus größte Teil beruht auf „inflationären“ Tendenzen, die im EBM zum Beispiel durch relative Verbesserungen für die so genannte sprechende Medizin entstanden sind. Diese Inflation hätte eigentlich zu einem Absinken des Abrechnungspunktwertes führen müssen, was innerärztlich angesichts der psychologischen Wirkung des Punktwertes nicht durchsetzbar war. Da andererseits eine unter diesen Bedingungen eigentlich erforderliche konsequente „Deflationierung“ der Abrechnungspunkte ausblieb und statt dessen praxisbezogene Abrechnungsbegrenzungen („Praxisbudgets“, „Regelleistungsvolumina“) erfunden wurden, entstand bei den Ärzten der Eindruck, nur für einen Teil ihrer Leistungen auch bezahlt zu werden. Der Anteil der gefühlt nicht bezahlten Leistungen liegt zwischen 20 und 30% und hätte im Zuge der Gesamtreform beseitigt werden müssen. Da dies nicht erfolgt ist, wird auch nach 2009 ein Ungleichgewicht herrschen, das die Selbstverwaltungspartner angesichts seiner ökonomischen Bedeutung allein nicht werden lösen können. Die nächste Reformstufe ist damit unausweislich.

## 2. Eine Reihe von Erwartungen der Ärzte wird nicht erfüllt werden können.

Aus Sicht der Ärzte soll die Vergütungsreform u.a. mehr Honorar bringen, die Punkte zu einer Euro-Währung mutieren und die Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen einfacher und transparenter werden. Richtig ist, dass die ärztliche Vergütung auch zukünftig budgetiert bleibt, dass sich aber die Weiterentwicklung der ärztlichen Vergütungen auf der Kollektivvertragsebene zukünftig nicht mehr an der Einnahmenentwicklung der GKV orientiert, sondern an einem Mix unterschiedlicher Faktoren. Ob dieser Faktorenmix am Ende mehr oder gar weniger Anpassungsbedarf ergibt, ist offen. Immerhin haben die gesetzlichen Krankenkassen 2006 und 2007 jeweils um die 3% mehr für die ärztliche Versorgung ausgegeben und damit auch unter den geltenden Rahmenbedingungen wesentlich mehr als der Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen erlaubt hätte. Ob und in welchem Ausmaß im Einstieg den Ärzten mehr Geld zugebilligt wird, ist vor allem eine politische Entscheidung; den gesetzlichen Vorschriften allein ist Mehrhonorar nicht zu entnehmen.

Klar dürfte jedenfalls sein, dass Träume von einem Punktwert von 5,11 Cent nicht in Erfüllung gehen werden. Das neue Vergütungssystem nimmt richtigerweise die Verhältnisse des Jahres 2008 als Ausgangsbasis für das GKV-Ausgabenvolumen und die damit erzielbaren Vergütungspunktwerte. Es erfolgt kein vollständiger Neueinstieg und damit auch kein unkalkulierbares Risiko.

Da wie bereits beschrieben auch zukünftig die Menge der abgerechneten Punkte größer sein wird als die der vergüteten, bleibt die Punktwährung faktisch erhalten. Anspruch auf Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen hat der Arzt auch in Zukunft nur innerhalb seines Regelleistungsvolumens, für darüber hinaus erbrachte Leistungen erhält er nur einen abgestaffelten Punktwert. Das Verhältnis aus voll und teilweise vergüteten Leistungen bestimmt auch zukünftig den praxisindividuellen Punktwert – und zwar im Nachhinein und nicht im Voraus.

Honorarverteilung und Honoraraufbringung sind auch im neuen System nur teilweise miteinander verzahnt. So wird im Verhältnis KV-Kasse Morbidität anders definiert als im Verhältnis KV-Arzt. Außerdem muss die KV immer mit Rückstellungen kalkulieren, ehe sie das von den Kassen zur Verfügung gestellte Honorar ausschütten zu kann.

Die Honorarverteilung wird damit weiterhin ein komplexer Prozess bleiben, der übrigens sogar länger dauern könnte als heute.

### 3. Die komplexe Reform trifft auf ein „schwächelndes“ KV-System

Die Vergütungsreform Ärzte zählt zu den Projekten, die auf eine verstärkte Globalsteuerung durch das althergebrachte System der Kollektivvertragspartner setzen. So hat die GKV gemeinsam und einheitlich zu agieren und die Anforderungen an die Kassenärztlichen Vereinigungen steigen, was den Abschluss von Honorarverträgen und die Durchführung der Honorarverteilung angeht.

Gleichzeitig wird das System der Kassenärztlichen Vereinigungen durch gesetzliche Entwicklungen, an denen die KVen nicht oder nur am Rande beteiligt werden, gezielt geschwächt. Die Möglichkeiten von Einzelverträgen auf der Grundlage der §§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V sind aus Versorgungs- und Kassensicht zu begrüßen. Sie erhöhen jedoch die Komplexität der Vergütungsreform noch weiter. So ist beispielsweise die Anrechnung der in besonderen Versorgungsformen vergüteten Morbidität auf die vertragsärztlichen Vergütungen unklar. Außerdem nimmt man den Kassenärztlichen Vereinigungen möglicherweise bewusst die Option, das neue System auch gegen Widerstände ans Laufen zu bringen. Schließlich ist die KV in der neuen Vertragswelt umringt von Verbänden und Organisationen, die es in der Hand haben, zu transparenteren und womöglich profitableren Vergütungsregelungen zu kommen als die KV.

Gleiches gilt für die Krankenkassen, die im Kollektivvertrag gemeinsam und einheitlich agieren müssen und gleichzeitig die Möglichkeit haben, aus diesem System durch entsprechende Einzelverträge auszusteigen. Dieser Ausstieg fällt umso leichter, je größer eine Kasse ist, da sie dann leichter Partner findet, die bereit sind, den verbliebenen Vorteil des KV-Systems zu egalisieren: die flächendeckende Versorgung. Sind die Kassen hier erfolgreich, werden die Kassenärztlichen Vereinigungen auf einmal ohne Vertragspartner dastehen können.

### 4. Antworten auf viele Frage müssen noch gefunden werden

Die Agenda für die weitere Umsetzung der Vergütungsreform ist lang und reicht mindestens bis in das Jahr 2010. Neben der Problematik der Verhinderung allzu großer finanzieller Belastungen der GKV werden auch zahlreiche technische Fragen beantwortet werden müssen.

So deutet sich eine schwierige Gemengelage bei der Frage regionaler Differenzierungen des Orientierungspunktwertes an: Während das Gesetz hier zu Recht von engen Grenzen ausgeht, dürfte die Interessenlage der Regional-KVen unterschiedlich ausgeprägt sein. Auch das Handling des Behandlungsbedarfs kleinerer Kassen wird schwierig sein: je kleiner das Vergütungsvolumen, desto höher die Wahrscheinlichkeit, dass entweder Leistungen nicht abgefragt oder das Volumen „gesprengt“ wird.

Gerade in diesem Zusammenhang sind pragmatische Lösungen für das Zusammenspiel von Behandlungsbedarf und Regelleistungsvolumen notwendig. Ansonsten kann die Versorgungsbereitschaft der Ärzte noch stärker in Mitleidenschaft gezogen werden als bereits in der Vergangenheit.

5. Die Vergütungsreform wird gelingen, allerdings die Gerichte intensiv beschäftigen.

Schon die bisherige Umsetzung lässt erkennen, dass die Partner auf der Bundesebene konstruktiv an der Vergütungsreform zusammenarbeiten. Dieser Prozess wird so weiter gehen, auch unter der Ägide des Spitzenverbands Bund der Krankenkassen, der hier seine erste große Bewährungsprobe zu bestehen hat. Letztlich ist hier eine vergleichsweise große Interessenidentität gegeben, da sowohl Ärzte- als auch Kassenseite an einem gerechten Vergütungssystem gelegen ist: Gerecht für die Ärzte und deren Leistungserbringung, gerecht aber auch für die Verteilung der Belastungen auf der Kassenseite.

Sowohl bei der Honoraraufbringung und der Honorarverteilung bedürfen allerdings viele unklare Rechtsbegriffe der Ausfüllung. Dass dabei Streit zwischen den Selbstverwaltungspartnern auf der Landesebene und der KV mit ihren Ärzten entsteht, ist unvermeidbar. Dieser Umstand wird dazu führen, dass Honorarverträge durch Schiedsämter festgesetzt und durch Sozialgerichte überprüft werden müssen. Ähnliches gilt für Honorarbescheide, die von manchen Ärzten nicht widerstandslos hingenommen werden. Möglicherweise dauert die gerichtliche Lösung dieser Streitigkeiten länger, als das neue Vergütungssystem und die bisherigen Kollektivvertragsstrukturen überleben.