

Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht

Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung

Berlin, 6. März 2008

Bewertung der gesetzlichen Regelungen und ihrer Umsetzung aus Sicht
der Vertragsärzte

Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen
Bundesvereinigung

Sehr geehrter Herr Dr. Engelmann,
sehr geehrte Damen und Herren,

nicht nur Juristen neigen dazu, für jede Lösung ein Problem zu finden.

Die Verantwortlichen für die Umsetzung der Neuordnung der vertrags-
ärztlichen Vergütung, zu denen die Kassenärztliche Bundesvereinigung
natürlich auch zählt, können aus langer Erfahrung ein Lied davon singen.

Denn diese ist sehr komplex, umfasst viele aufwändige und komplizierte
Teilschritte und einen extrem knappen Zeitplan, der dennoch bis ins Jahr
2012 reicht.

Hinzu kommt, dass das Thema als solches viel Konfliktpotenzial zwi-
schen den Krankenkassen als Trägern der Kosten und den Vertragsärz-
ten birgt, die dringend auf eine deutlich spürbare Erhöhung ihrer Vergü-
tungen angewiesen sind, um wirtschaftlich überleben zu können.

So mancher mag sich fragen: wieso muss das alles so kompliziert sein?
Könnte man nicht einfach einen Katalog der erstattungsfähigen Leistun-
gen in der GKV aufsetzen, für jede Leistung eine Preis dahinter schrei-

ben, und gut ist? Wozu denn einen pauschalierten Einheitlichen Bewertungsmaßstab, in dem viele ärztliche Leistungen versenkt werden?

Wozu denn arztbezogene Regelleistungsvolumen, die jedem der ca. 140.000 Vertragsärzte und –psychotherapeuten so etwas wie ein individuelles Budget vorgeben? Wozu denn eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die prospektiv festgelegt und dann ex post überprüft und korrigiert werden muss?

Die Antwort kennen Sie genauso gut wie ich: begrenzte Mittel in der solidarischen Krankenversicherung erfordern Vergütungs- und Begrenzungsregeln.

Es geht darum, knappe Mittel möglichst sinnvoll so zu verteilen, dass die Patienten das medizinisch Notwendige in gebotener Qualität erhalten, aber nicht Notwendiges oder nicht Wirksames ausgeschlossen sind.

Gleichzeitig sollen Leistungserbringer keine Anreize haben, medizinisch nicht begründete Leistungen zu erbringen.

Außerdem müssen Wirtschaftlichkeitsreserven, soweit sie denn überhaupt noch vorhanden sind, auch tatsächlich genutzt werden.

Es geht darum, die Zahlungsfähigkeit und -bereitschaft der Versicherten nicht zu überfordern und gleichzeitig eine qualitativ hochwertige, leicht zugängliche und dem medizinischen Fortschritt entsprechende Versorgung aller Versicherten zu gewährleisten.

Dafür brauchen wir eine gesetzliche Krankenversicherung und wir brauchen leistungsfähige Versorgungsstrukturen.

Zunächst müssen wir feststellen: in den letzten zwei Jahrzehnten haben die Kostendämpfungsmaßnahmen des Gesetzgebers insbesondere den

ambulanten ärztlichen Versorgungsbereich durch Budgetierung und immer schärfere Vorgaben, z.B. zur Arzneimittelverordnung extrem benachteiligt.

Steigender Leistungsbedarf durch die veränderte Morbidität und eine immer älter werdende Bevölkerung wurde im vertragsärztlichen Bereich nur in absolut unzureichendem Umfang mit neuem Geld bedient.

Die Koppelung der Steigerungsraten der Gesamtvergütungen an die Grundlohnsummenentwicklung hat nicht nur absolut nichts mit der Krankheitslast und damit dem Behandlungsbedarf der Bevölkerung zu tun, sie hat außerdem durch die hohe Arbeitslosigkeit quasi zu einer Zementierung des zur Verfügung stehenden Geldes auf niedrigstem Niveau geführt.

Mit Folgen, die wir heute sehr deutlich sehen können: es gibt schon längst Rationierung in der Versorgung.

Und Vertragsärzte überlegen sich ernsthaft aus dem System auszusteigen, weil sie unter den derzeit noch geltenden Budgetbedingungen wirtschaftlich nicht überlebensfähig sind.

Niemand kann ernsthaft bestreiten, dass die ambulante ärztliche Versorgung drastisch unterfinanziert ist und dringend finanziell besser ausgestattet werden muss.

Der Gesetzgeber hat das auch so gesehen und die Neuordnung der vertragsärztlichen Versorgung auf den Weg gebracht.

Deren Kernstücke: die Einführung der Euro-Gebührenordnung, die Vertragsärzten innerhalb des vorgegebenen Regelleistungsvolumens fixe Preise für ihre Leistungen in Euro und Cent garantiert und die Rückübertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen.

Beides ist längst überfällig.

Ob es auch ausreicht, das wird sich erst zeigen, wenn weitere wesentliche Teilschritte der Honorarreform umgesetzt sind.

Den ersten Schritt, die Einführung des neuen EBM zum 1. Januar 2008, hat die gemeinsame Selbstverwaltung erfolgreich umgesetzt.

Dieser bringt aber noch kein neues Geld, denn die Budgetierung gilt in diesem Jahr noch fort.

Vertragsärzte haben also eine zusätzliche Belastung durch die Umstellung auf den neuen EBM, ohne dass sich das positiv auf ihre Honorare auswirkt.

Das stellt für Vertragsärzte ein großes wirtschaftliches Problem dar, und es stellt ein psychologisches Problem dar.

Denn das Vertrauen der Vertragsärzte in politische Zusagen hinsichtlich ihrer Bezahlung ist durch die immer wieder enttäuschten Erwartungen extrem niedrig.

Der neue EBM selbst ist aus Sicht der Vertragsärzte insofern problematisch, als der hohe Pauschalierungsgrad im hausärztlichen Versorgungs-

bereich neben dem Vorteil der einfachen Handhabung auch gravierende Nachteile birgt.

Die meisten Einzelleistungen sind darin versenkt.

Es ist damit aus der Abrechnung nicht mehr ersichtlich, welche Leistungen erbracht worden sind.

Das hat Auswirkungen auf die Schätzung der Morbidität, denn Veränderungen können nicht mehr anhand von Abrechnungsdaten nachvollzogen werden.

Außerdem bilden Pauschalen das tatsächliche Leistungsspektrum der Vertragsärzte nicht mehr adäquat ab, die Kinder- und Jugendärzte z.B. sind höchst unzufrieden damit.

Deren Kernleistungen der Entwicklungsdiagnostik tauchen nämlich in der Abrechnung überhaupt nicht mehr auf.

Die durch die Pauschalierung bedingte Intransparenz ist auch aus forensischen Gründen problematisch: wie soll ein Vertragsarzt im Bedarfsfall nachweisen können, dass er medizinisch korrekt behandelt hat?

Dieses Problem muss durch eine saubere Teilleistungsdokumentation gelöst werden.

Damit ist allerdings der Vorteil der einfachen Handhabung, also des Minderns von Bürokratie, verloren.

Eine Lösung könnte darin bestehen, dass EDV-gestützte Dokumentationen genutzt werden, die den Aufwand für den Arzt möglichst gering halten und trotzdem den Erfordernissen der Transparenz und Nachvollziehbarkeit genügen.

Ein weiteres Problem von Pauschalen besteht darin, dass sie immer auf einer Mischkalkulation basieren.

Das bedeutet, dass der Vertragsarzt der eher weniger aufwändige Patienten behandelt, im Vorteil gegenüber demjenigen ist, der eher multimorbide Patienten mit hohem Behandlungsbedarf hat.

Die gemeinsame Selbstverwaltung hat diesem Problem mit den Multimorbiditätszuschlägen bereits Rechnung getragen.

Ob dies ausreicht, wird allerdings erst die Zukunft zeigen.

Vor allem werden wir bei der anstehenden Erarbeitung von Fallpauschalen in der fachärztlichen Versorgung großen Wert darauf legen, dass diese nachvollziehbar und aussagekräftig bleiben.

Vorschläge dazu gibt es bereits von einigen Fachgruppen, ich darf sie nur an den Ophto- und den Uro-EBM erinnern oder an die von den Pneumologen erarbeitete indikationsgestützte Lösung.

Gleichzeitig geht es darum, mit dem EBM und den Vergütungsregelungen Anreize zur Qualitätsförderung zu schaffen.

Schon heute sind viele Leistungen nur dann abrechenbar, wenn der ausführende Vertragsarzt über besondere Qualifikationen und Ausstattungen, ggf.

auch über eine definierte Routine durch nachgewiesene Mindestmengen verfügt.

Solche Instrumente sind sinnvoll, sagen aber nur wenig über die Ergebnisqualität aus.

Damit, wie die Outcomes vergütungsrelevant werden können, beschäftigen wir uns derzeit ebenfalls intensiv.

Die KBV hat dazu ein Projekt aufgelegt, das pay-for-performance Möglichkeiten auch im deutschen System auswählt und testen wird.

Ob und wie das in den EBM eingearbeitet wird, können wir derzeit aber noch nicht konkret sagen.

Der neue EBM ist – wie das bei einem solchen komplexen Projekt auch nicht anders zu erwarten ist – an einigen Stellen überarbeitungsbedürftig.

Der Bewertungsausschuss ist laufend dabei, Schwachstellen zu beseitigen und auftretende Probleme zu lösen.

Eines möchte ich betonen: die gemeinsame Selbstverwaltung hat es geschafft, trotz extrem engen Zeitplans, den neuen EBM zu verhandeln und weitgehend im Konsens zwischen Kassen und Vertragsärzteschaft zu beschließen.

Bei der Leistungsbewertung in Punkten, die ab 2009 Auswirkungen auf die Höhe der Vergütung hat, konnten wir auf den erweiterten Bewertungsausschuss zurückgreifen, der die Fragen entschieden hat, in denen eine einvernehmlich Lösung nicht erreicht werden konnte.

Das zeigt, dass die gemeinsame Selbstverwaltung handlungsfähig ist.

Auch wenn der Staat immer mehr Einfluss auf die gemeinsame Selbstverwaltung nimmt: die Feinsteuerung des Leistungsgeschehens ist über sie immer noch deutlich besser als eine solche durch den Staat direkt wäre.

Deshalb werden wir alles daran setzen, die nächsten Schritte ebenso zügig umzusetzen und Ersatzvornahmen gar nicht erst Platz zu lassen.

Nun wissen wir alle, dass die nächsten Stolpersteine für die gemeinsame Selbstverwaltung bereits in Sichtweite sind.

Die Festlegung des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes und die Festlegung der Kriterien für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung stehen an.

Da geht es dann wirklich darum, wie viel mehr Geld die Vertragsärzte ab dem Jahr 2009 bekommen werden.

Der Rechenweg für den Orientierungspunktwert ist gesetzlich vorgegeben.

Aber die konkrete Ausgestaltung wird darüber entscheiden, ob die Vertragsärzte ausreichend mehr Geld bekommen werden, um eine qualitativ gute Versorgung auch künftig aufrechterhalten zu können.

Und es gibt ein weiteres, gravierendes Problem zu lösen.

Die Mittelumverteilung in der gesetzlichen Krankenversicherung durch den Gesundheitsfonds und die Festlegung eines einheitlichen Beitrags-

satzes durch die Regierung werden zu einem Mittelabfluss in den südlichen Bundesländern führen.

D.h., die Krankenkassen in den Bundesländern, die bisher über dem Durchschnitt liegende Einnahmen hatten, werden Geld an Kassen in Bundesländern abgeben müssen, die bisher unterdurchschnittliche Einnahmen hatten.

Hinzu kommt, dass die Mittelzuteilung an die Krankenkassen risikoadjustiert erfolgen wird: Krankenkassen, deren Versicherte eine höhere Krankheitslast aufweisen, bekommen für diese Versicherte auch mehr Geld.

Über die konkrete Ausgestaltung diese neuen Morbi-RSA können wir heute nicht intensiv diskutieren: wir müssen aber dessen Auswirkungen bei der Ausgestaltung der Honorarreform immer mit berücksichtigen.

Das hat im übrigen einen weiteren Effekt: Krankenkassen werden künftig nicht mehr nur um junge und gesunde und damit preiswerte Versicherte werben, sondern es wird sich für sie rechnen, wenn sie auch ältere multimorbide Versicherte an sich binden.

Denn die höheren Zahlungen aus dem Fonds machen diese für Krankenkassen interessant.

Krankenkassen werden also für solche Versicherte spezifische Angebote, z.B. durch besondere Verträge nach § 73 b und c oder § 140 a ff. SGB V schaffen.

Diese Verträge müssen zum einen für Patienten interessant sein, sonst entfällt die Bindungswirkung und sie müssen gleichzeitig preiswert sein, denn bei zu hohen Ausgaben müssen Krankenkassen den Zusatzbeitrag erheben.

Das wollen sie natürlich nicht!

Die Bundesländer – es geht dabei insbesondere um Bayern und Baden-Württemberg – haben schon im Gesetzgebungsverfahren auf die mit dem Fonds zusammenhängenden Probleme hingewiesen und eine Begrenzung des Mittelabflusses gesetzlich verankert.

Trotzdem fließt Geld ab, und das stellt die Krankenkassen vor große Probleme.

Für die Vertragsärzte in diesen Ländern kommt noch ein weiteres Problem hinzu: sie haben derzeit deutlich mehr Leistungen ausbudgetiert und einen durchschnittlich höheren Punktwert als Vertragsärzte in anderen Bundesländern.

Ihre Vergütungen waren also etwas weniger schlecht als im Rest der Republik.

Wenn ein im Bewertungsausschuss zu beschließender bundeseinheitlicher Orientierungspunktwert künftig für eine Angleichung der Vergütungsniveaus in den unterschiedlichen Regionen sorgt, fließen Gelder aus den KVen Baden-Württemberg und Bayern vor allem an die KVen in den neuen Bundesländern und Berlin.

Sie stehen also in der Gefahr, durch die kumulierten Effekte des Gesundheitsfonds und der bundesweiten Konvergenz der ärztlichen Vergütungen doppelt betroffen zu sein.

Das wird bei den Verhandlungen zu den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in den Regionen zu Problemen führen.

Die Vertragspartner dort können nach bestimmten Vorgaben, die gesetzlich vorgeben und vom Bewertungsausschuss zu konkretisieren sind, vom bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert abweichen und so regionale Besonderheiten berücksichtigen.

Auf die Vertragspartner kommen da harte Verhandlungen zu, die zudem aufgrund der neuen Verhandlungsinhalte eine große Herausforderung darstellen.

Für die Bundesländer, die eine durchschnittlich höhere Morbidität haben, wird das positiv ausgehen.

Für diejenigen mit einer durchschnittlich niedrigeren Morbidität wird es dagegen sehr problematisch werden.

Es ist daher auch kein Wunder, dass gerade in diesen beiden Bundesländern momentan die größte Aufregung herrscht und die unterschiedlichsten Szenarien überlegt und geprobt werden.

Für die Kassenärztliche Bundesvereinigung und das gesamte KV-System ergibt sich aus der unterschiedlichen Interessenlage der SüdkVen gegenüber den Ost- und Nord-KVen natürlich auch ein Problem.

Die Politik hat uns damit gewissermaßen einen Spaltpilz implantiert.

Weil wir uns gleichzeitig im Wettbewerb um Verträge mit anderen Anbietern, etwa dem Hausärzteverband, anderen Berufsverbänden oder Ge-

nossenschaften befinden, besteht die Gefahr, dass das Kollektivvertragssystem darüber erheblich geschwächt wird.

Mit gravierenden Auswirkungen auf die Versorgungssicherheit der Patienten und die Qualität der medizinischen Leistungen.

Die rechtlichen Probleme, die sich daraus ergeben, sind ebenfalls enorm.

Ich bin der Überzeugung, dass wir uns damit noch einige Zeit intensiv werden befassen müssen.

Insbesondere fehlt eine tragfähige Wettbewerbsordnung, die den besonderen Bedingungen des Gesundheitswesens wirklich gerecht wird.

Auch dazu entwickelt die KBV derzeit Vorstellungen, die den Wettbewerb fördern und gleichzeitig den Kollektivvertrag modernisiert.

Aber zurück zur Vergütungsreform.

Die KBV arbeitet derzeit mit absoluter Priorität daran, ihre Anträge an den Bewertungsausschuss zur Festlegung des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwerts, zur Festlegung der Kriterien für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung und der arztbezogenen Regelleistungsvolumen vorzubereiten.

Ergebnisse dieser intensiven Arbeiten kann ich Ihnen heute noch nicht präsentieren, denn es gibt noch keine endgültigen Entscheidungen.

Auch die Krankenkassen sind damit beschäftigt und werden vermutlich andere Lösungswege präferieren als wir.

Das Verhandeln eines für alle tragfähigen Kompromisses wird mit Sicherheit nicht einfach.

Aber ich kann für die KBV sagen: wir werden alles daran setzen, den Zeitplan einzuhalten und für Vertragsärzte gute Ergebnisse zu erzielen.

Auch der erweiterte Bewertungsausschuss wird viel Arbeit bekommen, denn voraussichtlich wird er die Letztentscheidung in den zentralen Punkten treffen müssen.

Ein weiteres Problem beschäftigt uns ebenfalls: der Trennungsfaktor für die hausärztlichen und die fachärztlichen Vergütungsanteile.

Die Trennung der Vergütungen sorgt dafür, dass keine Versorgungsebene zu Lasten der anderen mehr Geld aus der budgetierten Gesamtvergütung abzieht.

Solange die Budgetierung währt, ist ein solcher Trennungsfaktor absolut notwendig.

Aber auch in der neuen Welt der Honorarordnung ab dem 1. Januar 2009 wird das Problem weiter bestehen, denn allen ist klar, dass die Verteilungskämpfe damit nicht beendet sind.

Die Vertreterversammlung der KBV hat daher einstimmig beschlossen, dass die Vertragsärzteschaft an einer solchen Trennung festhält.

Für das laufende Jahr ist das auch noch gesetzlich vorgeschrieben.

Und führt unter den Bedingungen des Wettbewerbs zu erheblichen Problemen.

Denn bisher ist der Trennungsfaktor nach Kassenarten berechnet worden.

Wenn jetzt aber einzelne Krankenkassen Verträge mit Bereinigung der Gesamtvergütung abschließen und ggf.

große Vergütungsanteile der hausärztlichen Versorgungsebene gar nicht mehr in der Gesamtvergütung verbleiben, folgt daraus logischerweise: die Trennungsfaktoren müssen künftig kassenspezifisch sein.

Um das Problem zu lösen, hatten wir vom Gesetzgeber getrennte Orientierungspunktwerte für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich gefordert.

Der Gesetzgeber ist dieser Forderung nicht gefolgt.

Jetzt müssen wir alternative Möglichkeiten finden, wie wir eine gerechte und sinnvolle Anpassung der Trennungsfaktoren vornehmen können.

Auch das ist eine spannende und aufwändige Arbeit.

Die Honorarreform soll neben dem Übergang des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen und einer deutlichen Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte auch neue Mechanismen zur Niederlassungssteuerung einführen.

Der gesetzliche Auftrag lautet, dass neben dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert noch ein Orientierungspunktwert für überversorgte Gebiete und einer für unterversorgte Gebiete festgelegt werden soll.

Dafür lässt uns der Gesetzgeber noch ein Jahr Zeit: diese Punktwerte müssen bis zum 31. August 2009 mit Wirkung ab dem 1. Januar 2010 stehen.

Das Ziel dieser Regelung ist, Vertragsärzte durch finanzielle Anreize dazu zu bewegen, in unterversorgte Gebiete zu gehen und gleichzeitig davon abschrecken, sich in überversorgten Gebieten, also etwa Ballungszentren verstärkt niederzulassen.

Wie das sinnvoll umzusetzen ist, wird uns also im nächsten Jahr intensiv beschäftigen.

Sehr geehrte Damen und Herren,

die kommenden Jahre werden zeigen, ob die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung die gewünschten Ziele erreicht.

Eine endgültige Einschätzung dazu können wir erst dann geben, wenn die tatsächliche Höhe des zusätzlichen Geldes feststeht und die Morbidität wirklich angemessen berücksichtigt wird.

Eines ist klar: Vertragsärzte brauchen eine angemessene Bezahlung ihrer Leistungen, sonst können sie ihre Patienten dauerhaft nicht mehr angemessen versorgen.

Diese ist auch notwendig, um ärztlichen Nachwuchs für die ambulante Versorgung zu gewinnen.

Solange die Arbeitsbedingungen schlecht sind die Bezahlung sehr schlecht ist, werden sich junge Kolleginnen und Kollegen nicht ausreichend dafür entscheiden.

Leiden würden darunter vor allem die Patienten.

Es ist die Aufgabe der gemeinsamen Selbstverwaltung, tragfähige Lösungen zu finden.

Wir brauchen eine angemessene finanzielle Ausstattung der ambulanten Versorgungsebene.

Wir brauchen Rahmenbedingungen, die die Arbeitsbedingungen insgesamt deutlich verbessern.

Dafür arbeiten wir, dafür kämpfen wir, dafür werben wir.

Und ich bin davon überzeugt, dass uns das auch gelingen wird.

Vielen Dank.