

Dr. Jürgen Bausch

Sehr geehrte Frau Steinert,
sehr geehrte Frau Dr. Bunge,

freundlicherweise haben Sie mich als Einzelsachverständigen zur Anhörung am 13. November 2006 geladen. Vorab meine schriftliche Darstellung zu einzelnen Punkten aus dieser Anhörung.

1. **Wahltarife:**

Welche Bedeutung werden Wahltarife für die Weiterentwicklung des Versorgungssystems und insbesondere der vertragsärztlichen Versorgung entfalten?

- Große Krankenkassen werden dieses Feld nachhaltig besetzen. Kassenwettbewerb wird jedoch nur noch dadurch möglich, da im Vertragsbereich mit den Ärzten keine Differenzierungen mehr durch den Einheitskollektivvertrag vorgesehen sind.
- Da Wahltarife auch durch Geldprämien attraktiver gemacht werden können, verabschiedet sich die GKV schrittweise vom Risikostrukturausgleich und ihrem eigentlichen Versorgungsauftrag.
- Geldprämien an die Versicherten müssen erwirtschaftet werden und dieses Geld fehlt bei der Versorgung von Kranken. Das bedeutet Konzentration der Krankenkassen auf die gesunden Risiken und voller Druck auf die Leistungserbringer durch Leistungs- und Vergütungsreduktion.
- Das alles hatten wir bereits schon in den 60er Jahren. Es gab AOK Ärzte und Ersatzkrankenkassenärzte. Künftig wird sich der Kranke erst erkundigen müssen, wo er einen Arzt findet, der sein Versichertenkärtchen annehmen wird. Das jetzige komfortable, von den KVen gewährleistete Prinzip des gleichen Zugangs der Versicherten zu einer wohnortnahen und flächendeckenden qualitätsgesicherten ärztlichen Versorgung wird auch an dieser Stelle des Entwurfs des Gesetzes preisgegeben.
- Dieser Sektor der Sonderverträge ist eine weitere schwere Versuchung der Verantwortlichen in der Führungsabteilung einer Krankenkasse, sich im Kassenwettbewerb nicht um die Kranken, sondern um die Gesunden besonders intensiv zu kümmern. Genau genommen eine Perversion des eigentlichen Auftrags. Der Name ist Auftrag: Krankenversicherung!

2. **Budgetierung/neue Honorarregelungen**

Wie wirkt sich die bisherige Budgetierung auf die Vergütungssituation der Vertragsärzte aus? Welche Konsequenzen müssen die gesetzlichen Krankenkassen tragen, wenn die Vergütung auf eine Gebührenordnung mit kostendeckenden Preisen umgestellt würde?

- Die Budgetierung der Gesamtvergütung hat bei den Vertragsärzten genauso gewirkt, wie das Zurückfahren der Entlohnung der Krankenhausärzte im öffentlichen Dienst. Dort war die Konsequenz einer Fehlentwicklung ein Arbeitskampf mit einer nie bekannten Streikbereitschaft der Ärzte, deren Zeugen wir vor wenigen Monaten erst wurden. Die Vergütung der Vertragsärzte ist korrigiert um die Geldentwertung in den letzten 3 Jahren um 13 % gesunken.

- Hinzu kommt, dass durch die Honorarverteilung der KVen im derzeitigen Punktesystem 30 % der Leistungen entweder nicht kostendeckend, oder sogar kostenlos erbracht werden. Geld folgt - im Gegensatz zum restlichen Wirtschaftsleben - nicht der erbrachten Leistung.
- Der reale Finanzbedarf der Vertragsärzte auf der Basis abgerechneter Leistungen zu einem kostendeckenden Punktwert von 5,11 Cent wird eine milliarden schwere Zusatzbelastung der GKV bedeuten. Wer das System mit seiner Einnahmeschwäche kennt, weiß, dass diese erforderlichen Beträge aktuell nicht realistisch sind.
- Deswegen hat die KBV ein System von Fallpauschalen vorgeschlagen, um den Ärzten die Leistungskonzentration auf das medizinisch zwingend Erforderliche zu einem festen Honorar zu ermöglichen. Und die überschießende Leistungsmenge abzustaffeln. Die Leistungsmenge wird der vorhandenen Geldmenge angepasst.
- Das derzeitige Vergütungssystem mit Budget, EBM und Punktwertvergütung samt Honorarverteilung durch die Honorarverteilungsmaßstäbe der unterschiedlichsten Art, ist dem Einzelarzt nicht mehr vermittelbar und einem Außenstehenden nicht erklärbar.
- Der Vorschlag des Gesetzentwurfs führt zu einem insgesamt absolut noch unübersichtlicherem und bürokratischerem System, ohne das Problem, welches es zu lösen gilt, auch nur annäherungsweise lösen zu können (Preisverfall der Leistungen im Jahr 2009, Fortsetzung der Budgetierung bei denen die festen Preise zu einem Etikettenschwindel mutieren und Honorarverschiebungen in unterversorgte Bereiche, deren Problem nicht das ärztliche Honorar, sondern die Strukturmängel der Region sind).
- Die Vertragsärzte wünschen sich dringend eine Honorierung ihrer Leistungen in "Heller und Pfennig". Sie brauchen dies als Kalkulationsgrundlage für ihre unternehmerischen Entscheidungen im Betrieb. Derzeit stochert jeder Arzt am Quartalsende und Abgabe der Abrechnung im Honorarnebel und weiß frühestens ein halbes Jahr später, welchen Praxisumsatz er in diesem Quartal erzielt hat. Das Regelungsgeflecht des Gesetzentwurfs perpetuiert diesen Zustand und verkompliziert die Situation ohne auch nur annäherungsweise eine Perspektive aufzuzeigen, dass irgendwann einmal ein akzeptabler Zeitpunkt aus dieser Misere der Einkommensunsicherheit heraushilft. Die Abstimmung der Ärzte mit den Füßen nicht mehr Vertragsärzte werden zu wollen, hat seine tiefe Ursache in der Perspektivlosigkeit dieses Berufsstandes.

3. **Mengensteuerung: Warum entspricht der Gesetzentwurf nicht den Eckpunkten?**

Ergänzend zu den klaren Erläuterungen der KBV drängt sich zu den vorgesehenen Regelungen, die miteinander zudem nicht kompatibel sind (§ 87 Abs. 2/§ 85 b) die Beobachtung auf, dass dieses Regelungsübermaß in der Mengensteuerung Arztpraxen im Auge haben muss, die von morgens bis abends nichts anderes tun, als Abrechnungsakrobatik zu betreiben, statt Patientenprobleme zu lösen. Der Praxisalltag des Arztes ist jedoch ein Übermaß an Arbeit am Patienten, während die Abrechnung der erbrachten Leistungen weitgehend den Helferinnen überlassen wird. Weswegen das von der KBV vorgeschlagene einfache Pauschalensystem auch ein sinnvoller Lösungsweg ist.

4. **Vertragswettbewerb**

Der Gesetzentwurf klammert die KVen an verschiedenen Stellen ausdrücklich

vom Vertragswettbewerb aus. Obwohl (oder weil?) die KVen in den zurückliegenden Jahren durch das Kollektivvertragssystem die durch die Budgetierung bedingten Versorgungsverschlechterungen aufgefangen hat, ohne dass es zu dramatischen Versorgungsengpässen oder Unterlassungen gekommen ist.

Die KBV hat sich frühzeitig für den Vertragswettbewerb ausgesprochen und positioniert und ist auch dazu in der Lage, wenn allen Akteuren gleiche Handlungsmöglichkeiten eröffnet werden.

Ein Wettbewerbsstärkungsgesetz, das diesen Namen auch verdient, muss eine der wichtigsten Akteure im ambulanten Feld der Versorgung die gleichen Potentiale einräumen, wie allen anderen. Dies gilt auch für die von den KVen initiierten Dienstleistungsgesellschaften.

5. **Nachlassverwalter der KVen**

Der Gesetzentwurf sieht auf der Kassenseite einen Spitzenverband, im Bundesausschuss eine Verbeamtung und in der Vergütungsreform einen Einheitskollektivvertrag vor. Übrig bleibt den KVen die Notdienstversorgung, die Qualitätssicherung, die Disziplinargerichtsbarkeit und das Prüfgeschäft. Die zukünftige Musik aber spielt in der Versorgung in den Vertragsbereichen, in denen die KVen ausdrücklich nicht erwünscht sind, obwohl sie ihren Beitrag in allen Sektoren zu leisten in der Lage wären.

Die KVen werden zum Nachlassverwalter des Schotters, während die anderen Akteure die Marmorblöcke aus dem Steinbruch des Systems herausbrechen dürfen.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Jürgen Bausch
Ehrenvorsitzender der KV Hessen

i. A.

Uschi Büdel

Vorstandssekretariat
Referat Pharmakotherapie

Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15
60325 Frankfurt

Telefon: 069/79502-517
Fax: 069/79502-324
Ursula.Buedel@kvhessen.de