

Die Chancen der Honorarreform müssen wir nutzen

Gastbeitrag von Dr. Andreas Köhler

Die Ärzteschaft steht dieser Gesundheitsreform auch nach den zahlreichen Änderungen überwiegend kritisch gegenüber. Dies gilt insbesondere für die zentralistischen und staatsmedizinischen Ansätze des Gesetzes. Außerdem bleiben die dringenden Finanzierungsprobleme der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) ungelöst. Dennoch sieht die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in der Reform einige wenige Chancen. Einem unserer Hauptziele, festen und besseren Honoraren für die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, könnten wir ein gutes Stück näher kommen.

Nun ist es in der Welt, das „Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung“ (GKV-WSG). Doch wird auch diese Reform mit der trügerischen Zielbeschreibung „Stärkung des Wettbewerbs“ die drängenden Finanzprobleme der GKV nicht lösen. Vor allem findet sich keine Spur von Nachhaltigkeit. Wir leben auch auf dem Gebiet der Krankenversicherung weiterhin auf Kosten der nachfolgenden Generationen.

Die Große Koalition hat sich auf den kleinsten gemeinsamen Nenner geeinigt. Schon jetzt lässt sich vorhersagen, dass der nächste Bundestagswahlkampf ein Topthema kennt: die dringend notwendige Gesundheitsreform. Ein ab 2009 geltender Beitragsfonds bildet das zentrale Element der jetzigen Einigung. Für jeden Versicherten sollen die Kassen dann den gleichen Betrag erhalten. Wettbewerb würde sich in der GKV vor allem über die Höhe eines möglichen Zusatzbeitrags abspielen.

Dem Gesetzgeber gelingt damit weder die Abkoppelung von den Lohnnebenkosten, noch werden demografiefeste Finanzstrukturen geschaffen. Nur teuer wird es, vor allem für die Versicherten, denn kräftige Beitragssatzerhöhungen sind nötig, damit die Kassen überhaupt schuldenfrei in den Fonds starten können. Die erste Welle von Beitragssatzerhöhungen haben wir bereits zum 1. Januar 2007 erlebt.

Trotzdem droht von Beginn an eine Unterdeckung im Fonds, denn der

Beitragsatz wird von der Bundesregierung nach Prognosewerten festgelegt. In diese Prognose könnten nicht nur sachliche, sondern auch wahlpolitische Aspekte einfließen. Welcher Politiker will sich schon gerne für Höherbelastungen der wählenden Beitragszahler verantwortlich machen lassen?

Die Reform beinhaltet auch andere deutlich dem Wettbewerb widerstrebende Elemente, die den Weg zu Zentralismus und Staatsmedizin ebnen. Dazu gehören unter anderem der neu zu gründende Dachverband der gesetzlichen Krankenkassen auf Bundesebene sowie die Neustrukturierung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hinzu kommt, dass sich der Patient schon bald einem unüberschaubaren Flickenteppich an Sonderverträgen gegenübersehen könnte, die auf unterschiedlichen Qualitätsstandards beruhen und unter Umständen nicht überall in Deutschland gelten. Wir halten an unserer grundlegenden Ablehnung des Gesetzes also fest, weil die Gefahr bleibt, dass unser trotz aller Kritik bewährtes Gesundheitssystem sukzessive in ein staatlich gelenktes System umgewandelt wird.

Dennoch müssen wir die Risiken und Chancen dieses Gesetzes differenziert betrachten. Vor allem in einem Punkt, nämlich der Honorarreform, bietet das Gesetz Chancen. So besteht die realistische Möglichkeit, dass die niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ab 2009 eine vernünftiger Vergütung für ihre Leis-

tungen erhalten werden. Die monatelangen Ärzteproteste des vergangenen Jahres und nicht zuletzt die massive Kritik der KBV und der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben hier offensichtlich zum Umdenken in der Koalition beigetragen.

Nach dem GKV-Neuordnungsgesetz und dem GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz sehen wir bei dieser Reform endlich die Möglichkeit, die Bindung der vertragsärztlichen Vergütung an die Grundlohnsomme zu lockern. Mit dem neuen Gesetz ist das Honorarbudget zwar nicht vollständig weggefallen und die Unterdeckung ärztlicher Leistungen nicht behoben, aber aus dem Budgetdeckel wird ein Budgetsieb. Ab dem Jahr 2009 sollen der Krankheitszustand der Versicherten, die Kostenentwicklung in den Praxen sowie die Wechselwirkungen zwischen ambulanten und stationären Medizinbereichen stärker berücksichtigt werden. Das hilft den Niedergelassenen und es kommt letztlich den Patienten zugute. In diesem Punkt haben wir deshalb unsere Fundamentalopposition aufgegeben.

Das Vertragsärztliche Referendum hat klar gezeigt, dass Ärzte und Psychotherapeuten erwarten, dass wir Handlungsoptionen, die in ihrem Interesse liegen, auch umsetzen.

Das Morbiditätsrisiko geht auf die gesetzlichen Krankenkassen über. Das ist aus unserer Sicht eindeutig positiv zu werten. Grundlage ist dabei eine Gesamtvergü-

tung, die Kassen und KVen auf regionaler Ebene auf der Basis des Versorgungsbedarfs vereinbaren. Diese Obergrenze darf zwar nur im Ausnahmefall, zum Beispiel bei einer Grippewelle, überschritten werden. Sollte es aber dazu kommen, müssen die Kassen die Differenz zum ursprünglich vereinbarten Gesamtbudget zeitnah begleichen. Somit hat die Politik unserer langjährigen Forderung, das Morbiditätsrisiko auf die Kassen zu übertragen, endlich entsprochen. Um dies zu ermöglichen, hat die Koalition den Grundsatz der Beitragssatzstabilität deutlich zurückgenommen.

War noch im ursprünglichen Gesetzentwurf vom Oktober vergangenen Jahres geplant, dass die Krankenkassen dafür keine Beitragserhöhungen vornehmen dürfen, findet sich diese Passage nun nicht mehr. Ebenfalls richtig ist, dass die Koalitionsfraktionen auch darauf verzichtet haben, die ärztliche Vergütung schon im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), der Gebührenordnung der niedergelassenen Ärzte, abzustaffeln. Nun soll die Vergütung ärztlicher Leistungen auf Grundlage von Stichproben bei Vertragsärzten und Vertragspsychotherapeuten betriebswirtschaftlich kalkuliert werden. Aus der ehemaligen Verpflichtung, diese Preise ab bestimmten Leistungsmengen zu mindern, ist eine Kann-Bestimmung geworden. Die Folgen einer Abstufung im EBM wären für die Vertragsärzte fatal: Denn auch wenn ihnen die Patienten die Praxis einrennen, würde der Preis ihrer Leistung fallen.

Positiv bewerten wir auch die Neuregelung, dass Hausärzte nun pro Patient und Quartal eine Pauschale erhalten sollen. Über die Höhe müssen wir noch mit den Krankenkassen im Bewertungsausschuss verhandeln. Fachärzte sollen ihrerseits ähnlich wie die Kollegen in Krankenhäusern bezahlt werden. Das heißt, je nach Diagnose gibt es arztgruppenspezifische grund- und leistungsbezogene Zusatzpauschalen.

Erfreulich ist auch die vorgenommene Gesetzeskorrektur, nach der Honorarzuschläge, die die Kassen an Ärzte in unterversorgten Gebieten zahlen sollen, doch nicht über Abschläge in übertersorgten Gebieten finanziert werden müssen. Die Kassen sollen nun die anfallenden Kosten in voller Höhe tragen und nicht, wie bisher vorgesehen, nur zur Hälfte.

Mit all diesen Neuregelungen im Gesetz ist die Chance gegeben, dass ab 2009 die Ärzte ein besseres Honorar für ihre Leistungen erhalten und mit festen Preisen



Dr. Andreas Köhler ist Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV).

arbeiten können. Wie stark sich die Honorare beim Start der Reform 2009 verändern, soll maßgeblich von den Werten abhängen, die die Kassen und die KBV auf Bundesebene als Orientierung für die ärztliche Vergütung aushandeln. Angepasst werden sollen die Orientierungswerte jährlich, und zwar auf Grund der für Arztpraxen relevanten Kosten. Die Steigerungsraten können also über denen der normalen Kostenentwicklung liegen.

Die Zeit für die Umsetzung ist allerdings sehr knapp bemessen. Dennoch werden

wir alles dafür tun, eine Gebührenordnung in Euro und Cent im Jahr 2009 zu realisieren. Ärzte und Psychotherapeuten erwarten das von uns, und wir wollen und dürfen sie nicht enttäuschen.

Eine Kompromisslösung erzielten wir mit den Änderungen zur Neugestaltung der hausarztzentrierten Versorgung. Anders als zunächst geplant, sollen die KBV und die KVen für diesen Versorgungsbereich Verträge mit den Krankenkassen abschließen können. Voraussetzung dafür ist allerdings, dass die Körperschaften dazu von Gruppen von Hausärzten beauftragt werden.

Zweifelsohne wird der Wettbewerbsdruck zunehmen. Um die Abwicklung von Verträgen werden KVen und deren Dienstleistungsgesellschaften mit zahlreichen anderen Anbietern konkurrieren. Dieser Herausforderung müssen wir uns stellen – ein rascher Aufbau der Dienstleistungsgesellschaften ist dafür absolut notwendig.

Im Gesetz bleiben an einigen Stellen noch Fragen offen. Das betrifft vor allem den neuen Basistarif in der privaten Krankenversicherung (PKV). Die getroffenen Vereinbarungen lassen nach wie vor erheblichen Interpretationsspielraum. Die größte Unsicherheit aber besteht in der Frage: Wie viele Versicherte werden den neuen Tarif überhaupt in Anspruch nehmen? Sind es 30.000, 300.000 oder drei Millionen Bürger? Niemand kann derzeit diese Frage zufriedenstellend beantworten.

Der Gesetzgeber hat uns die Sicherstellungspflicht zugewiesen, man könnte auch sagen „aufs Auge gedrückt“. Die PKV wird sich sicherlich bald mit uns an einen Tisch setzen, um über die Ausgestaltung dieses Tarifs zu verhandeln. Das Ergebnis lässt sich nicht voraussagen, doch werden wir uns bemühen, gute Lösungen zu finden – für die Versicherten und für Ärzte und Psychotherapeuten.