

Eckpunkte der Gesundheitsreform 2006 vs. Wettbewerbsstärkungsgesetz WSG (Vortrag von Dr. Till Spiro am 20.09.2006)

Wir befinden uns mal wieder in Zeiten einer Gesundheitsreform – jeder möge sich fragen, seine wievielte es ist – und ahnen bereits, dass die mühsam erfolgte Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes nur einen Vorgeschmack dessen geboten hat, was ein ideologisch ausgerichtetes Gesundheitsministerium so produzieren kann. Gesetz zur Stärkung der Wettbewerbsfähigkeit in der GKV, kurz GKV-WSG heißt sein neuestes Opus. Rein theoretisch könnte die Tatsache, dass inzwischen alle Akteure des Gesundheitswesens die Inhalte dieses Gesetzentwurfes heftig kritisieren, ein Indiz für die Richtigkeit des eingeschlagenen Weges sein. Aber es weicht in zu vielen Regelungen von Politikerversprechen und dem Eckpunktepapier der großen Koalition ab, um solch eine Vermutung zu rechtfertigen.

Zurzeit konzentriert sich die öffentliche Kritik vorwiegend auf die Konstruktion des geplanten Gesundheitsfonds; dabei geraten die vielen weiteren und zum Teil eher noch bedenklicheren Schwächen der geplanten Reform etwas aus der allgemeinen Wahrnehmungsebene. Sollten aber die im BMG herrschenden Vorstellungen zur Honorierung ärztlicher und psychotherapeutischer Leistungen sowie zur Gestaltung des Vertragswettbewerbs Realität werden, würde dies nicht nur eine unmittelbare Existenzbedrohung für viele Praxen, sondern auch ein Ende der freien Arztwahl und der flächendeckenden, qualitätsgesicherten und wohnortnahen ambulanten Versorgung kranker Menschen bedeuten.

Bevor wir nun die aktuellen Gesetzentwürfe näher analysieren, schauen wir zunächst mal, wie der Ist-Zustand unseres Gesundheitswesens in den Eckpunkten der Koalitionspartner beschrieben wurde, die ja den Ausgangspunkt des Reformgesetzes bilden:

Eckpunkte: - **Deutschland hat modernes und leistungsfähiges Gesundheitssystem**
- **Ambulante ärztliche Versorgung: Hochwertig, flächendeckend, kaum Wartezeiten oder Leistungsbeschränkungen**

Nach diesem Lob, das sich laut der neuesten, repräsentativen Infasumfrage mit der Wertschätzung unseres Gesundheitssystems in der Bevölkerung deckt, stellt sich die Frage, warum jetzt eine schon wieder eine so weit reichende Reform in Gang gesetzt werden soll, durch die alle Bereiche des Gesundheitswesens total umgekrempelt werden. Zur Erinnerung: Das am 1. Januar 2004 in Kraft getretene GKV- Modernisierungsgesetz ist von allen Beteiligten in oft mühevoller Kleinarbeit gängig gemacht worden. Es hat an vielen Stellen zu einem Systemwechsel geführt, und die neu geschaffenen Strukturen zeigen zum Teil so deutliche Auswirkungen auf die deutsche Versorgungslandschaft, dass Kassenärztliche Vereinigungen, Krankenkassen und die verschiedenen Bundesgremien der gemeinsamen Selbstverwaltung noch geraume Zeit brauchen werden, alle Konsequenzen sozialverträglich umzusetzen. In diese Situation platzten nun aus dem BMG die beiden ersten Arbeitsentwürfe für die neuerliche Gesundheitsreform, in denen man die Kernanliegen des Eckpunktepapiers nur schwerlich wieder findet. Diese lauteten:

Eckpunkte: Weniger Bürokratie! Mehr Transparenz! Mehr Wettbewerb!

Ganz abgesehen davon, dass sich Zielkategorien wie Wettbewerb und Transparenz nicht abstrakt, sondern nur durch Vorgabe entsprechend zu definierender Rahmenbedingungen und Vergleichsparameter hinreichend genau bestimmen lassen und kein Wert an sich sind, kann man nach sorgfältigem Studium der Gesetzentwürfe samt anhängender Begründungen (jeweils über 400 Seiten) als wahrscheinliches Resultat der ministerialbeamtlichen Anstrengungen prognostizieren: Käme das Gesetz in dieser Form, würden die Eckpunkte konterkariert:

→ **WSG: Mehr Bürokratie! Weniger Transparenz! Weniger Wettbewerb!**

Um dieses Verdikt zu untermauern, wollen wir uns zunächst den Regelungskomplex genauer betrachten, der sich mit der künftigen Honorierung der von Vertragsärzten und –psychotherapeuten erbrachten Leistungen beschäftigt. Nachdem Politiker aller Fraktionen – nicht zuletzt aufgeschreckt durch die diesjährigen Protesttage – eine leistungsgerechtere Bezahlung und die Abschaffung der Budgets angekündigt hatten, versprachen dies auch die Eckpunkte:

Eckpunkte: Euro-Gebührenordnung → Budgetabschaffung.

Dagegen wird dieser unhaltbare Zustand durch das Arbeitspapier zementiert:

WSG: Budgetierung verfeinert fortgeschrieben.

Das möchte ich Ihnen jetzt im Einzelnen beweisen: Wichtigster Normgeber in Vergütungsfragen bleibt auf Bundesebene der Bewertungsausschuss, dem ein von den Beteiligten zu gründendes Institut zuarbeitet [§ 87 Abs. 3b bis 3e SGB V]. Auf dieses Institut, dem künftig eine hohe Bedeutung zukommen wird und das KBV und KK hälftig finanzieren müssen, hat das BMG im Wege von Ersatzvornahmen direkten Einfluss; seine maßgebliche Regelungskompetenz umfasst:

Bundesebene

Bewertungsausschuss definiert:

- Abrechenbare Leistungen

1. Die Festlegung der in der hausärztlichen und fachärztlichen Versorgung abrechenbaren ärztlichen Leistungen und ihre Bewertung. [Grundsätze sind in § 87 Abs. 2 und § 87 Abs. 2a SGB V]. Wie bisher sind die dort enthaltenen Leistungen nach Arztgruppen zu gliedern und die Bewertungsrelationen in Punkten aufzuführen. Folgende neue Vorgaben sollen gelten:

- Abstufung der Leistungsvergütung

- Die Bewertung der von einer Arztpraxis insgesamt erbrachten Leistungen ist so festzulegen, dass sie mit zunehmender Menge sinkt; das bedeutet konkret eine Abstufung nach Überschreitung der Fixkostendeckung. Die Leistungsbewertungen für alle im EBM enthaltenen Leistungen und die oben genannte Abstufungsregelung sollen auf der Grundlage sachgerechter Stichproben bei Ärzten und auf betriebswirtschaftlicher Basis ermittelt werden [§ 87 Abs. 2 Satz 3 und 4 SGB V].

- Hoher Pauschalierungsgrad

- Für die hausärztlichen Leistungen werden Versichertenpauschalen mit Zuschlägen für besondere Qualitätsanforderungen geschaffen [§ 87 Abs. 2a SGB V]; im fachärztlichen Bereich entsprechen dem arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen. Daneben gibt es für beide Versorgungsbereiche ausnahmsweise Einzelleistungsvergütungen für besonders zu fördernde Leistungen.

- Weitere Restriktionen

- Ferner sind Regelungen zu treffen, die der Einhaltung notwendiger Qualitätsstandards sowie der Mengenbegrenzung dienen, so z. B. die Verknüpfung der Abrechenbarkeit der Leistungen an Qualitätssicherungsanforderungen [§ 135 Abs. 2 SGB V], Dokumentationsverpflichtungen, Abrechnungsausschlüsse, Überweisungsvorbehalte etc.

- EBM-Punktwerte

2. Der Bewertungsausschuss legt jährlich bis zum 31. August bundeseinheitliche EBM - Punktwerte als Orientierungswerte in Euro fest, und zwar für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Regelfall sowie in den Fällen festgestellter (auch drohender) Unter- oder Überversorgung, und zwar zum ersten Mal im Jahr 2008.

- Bundeseinheitliche Orientierungswerte erstmalig für 2009

Wichtige gesetzliche Vorgabe für die Festsetzung der Orientierungswerte: Bundesweit sollen insgesamt Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden. Praktisch wird dies so aussehen, dass die bundesdurchschnittlichen Punktwerte der Jahre 2006 bis 2008 Ausgangsbasis für die Orientierungswerte sind und damit dann die Nichthonorierung von 30 % aller ärztlichen Leistungen ein für alle mal zementiert ist. Die geplante Vergütungsdifferenzierung mit Zu- bzw. Abschlägen bei Unter- und Überversorgung soll der Steuerung des Niederlassungsverhaltens und damit der Herstellung einer gleichmäßigen Versorgungsstruktur dienen. Über die Effekte dieser Punktwertdifferenzierung auf das ärztliche Niederlassungsverhalten muss der Bewertungsausschuss dem BMG berichten [§ 87 Abs. 7]. Hiervon soll ein eventueller Verzicht auf Zulassungsbeschränkungen abhängig gemacht werden (der jetzt schon bei den Zahnärzten erfolgt).

Die so bestimmten Orientierungswerte dienen den Vertragspartnern auf Landesebene als Grundlage für die in den einzelnen Regionen tatsächlich zur Auszahlung kommenden Vergütungen; dies bedeutet also 17 Landesgebührenordnungen. Weil die Festlegung der Orientierungswerte für das Jahr 2009 zwingend an den Rahmen eines im Voraus definierten und damit budgetierten bundesweiten Finanzvolumens für vertragsärztliche Leistungen gebunden ist [§ 87 Abs. 2c Satz 4 SGB V] – sie entspricht der Summe aller vereinbarten Gesamtvergütungen für das Jahr 2008 zzgl. der Veränderungsrate [nach § 71 Abs. 3 SGB V] – findet die geforderte und in den Eckpunkten angesprochene Beseitigung der bestehenden Budgetierung und die Einführung kalkulationskonformer Auszahlungspunktwerte nicht statt. Und auch die künftigen jährlichen Anpassungen der Orientierungswertestehen unter dem Diktat der Beitragssatzstabilität.

- Zementiertes Finanzvolumen

Gleiches gilt für die vom Sozialgesetzbuch geforderte notwendige medizinische Versorgung [§ 71 Abs. 1 SGB V], die durch die Vereinbarung der jeweiligen morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen [§ 85a Abs. 4 SGB V] sichergestellt werden soll, die demzufolge auch unter der Maßgabe der Beitragssatzstabilität stehen.

- !!! Beitragssatzstabilität !!!

Das Honorar der Ärzte resultiert also auch in Zukunft nicht aus der Summe der im Voraus in festen Eurobeträgen bewerteten Leistungsvergütungen, sondern wird weiterhin von dem Quotienten abhängen, der aus der Division einer staatlich vorgegebenen Geldmenge durch die Summe aller erbrachten Leistungen resultiert.

- Vorgaben für Landesebene

3. Der Bewertungsausschuss entwickelt verbindliche Vorgaben zur Ausgestaltung des Vergütungssystems durch die Vertragspartner auf Landesebene, vor allem bezüglich der Messung der Morbidität der Versicherten [§ 85a Abs. 5 Satz 1 Nnr. 1 bis

4 SGB V], des Verfahrens zur Berechnung der arztbezogenen Regelleistungsvolumina [§ 85b Abs. 4 SGB V] sowie der Indikatoren zur Feststellung einer Abweichung der regionalen Wirtschaftskraft vom Bundesdurchschnitt. Damit werden die Grundlagen für regional divergierende Punktwertvereinbarungen nicht von den Vertragspartnern vor Ort bewertet, sondern von einer Bundesbehörde vorgegeben.

Landesebene

Vertragspartner vereinbaren:

- Kassenartenübergreifenden Punktwert:

1.) Die regionalen Vertragspartner vereinbaren jährlich einen kassenartenübergreifenden Punktwert auf der Grundlage der Bundes-Orientierungswerte, zu denen in eng begrenztem Ausmaß Zu- und Abschläge vereinbart werden können; aus den regional geltenden Punktwerten und dem vom Bewertungsausschuss entwickelten EBM wird damit jeweils eine regionale Euro-Gebührenordnung generiert.

- Wenig lokale Gestaltungsmöglichkeit

Alle Zu- und Abschläge werden einheitlich auf alle Orientierungswerte – also sowohl den Regelfall als auch die Orientierungswerte für über- oder unterversorgte Gebiete – angewendet; Differenzierungen nach Arztgruppen sind unzulässig.

- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung:

2.) Die Vereinbarung einer morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung [§ 85a Abs. 4 SGB V] erfolgt jährlich kassenartenspezifisch auf den eben geschilderten Grundlagen [§ 85a Abs. 5]. Sie umfasst den geschätzten morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf für die Versicherten im Folgejahr, der mit den im Land geltenden Preisen bewertet wird; eventuell zu berücksichtigende Veränderungskriterien sind genau definiert: Zahl und Morbiditätsstruktur der Versicherten, Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen beruhen, und Effekte von Verlagerungen stationärer Leistungen in den ambulanten Sektor. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist auch dabei zu beachten!

- !!! Beitragssatzstabilität !!!

Veränderungen der Morbiditätsstruktur der Versicherten sollen durch ein vertragsarztspezifisches Klassifikationsverfahren auf der Grundlage diagnosenbezogener Risikoklassen für Versicherte erfolgen; eine arztgruppenbezogene Differenzierung ist nicht vorgesehen.

- Restriktive Bundesvorgaben

Die so berechnete Gesamtvergütung wird mit befreiender Wirkung gezahlt. Über das vereinbarte Volumen hinausgehende Leistungen werden von der Krankenkasse nur dann mit den vollen Euro-Preisen vergütet, wenn sie sich aus einem zum Zeitpunkt der Vereinbarung nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität ergeben. Die Kriterien zur Bestimmung eines solch unvorhersehbaren Behandlungsbedarfs werden durch den Bewertungsausschuss vorgegeben.

- Arztvergütung (arztbezogene Regelleistungsvolumina):

3.) Regelleistungsvolumen sind arztgruppenspezifisch zu ermitteln. Ausgangsgrößen sind die Summe der insgesamt gezahlten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und die Anzahl der insgesamt tätigen Ärzte einer Arztgruppe; damit wird weiterhin das Arztlisikorisiko der Leistungserbringerseite zugewiesen.

- Arztlisikorisiko bei KV (bzw. deren Mitgliedern)

Berücksichtigt werden bei der Bestimmung der RLV Praxisbesonderheiten, Alter und Geschlecht der Patienten. Dem Vertragsarzt sind seine aus dem RLV resultierenden Vergütungsobergrenzen vorab bekannt zu machen. In deren Rahmen erhält er eine

Vergütung für seine Leistungen, die sich aus den Beträgen der geltenden regionalen Euro- Gebührenordnung errechnet.

Die Regelleistungsvolumina sind – falls erforderlich – nach dem Versorgungsgrad zu differenzieren. Für den Fall morbiditätsbedingter Nachzahlungen der Krankenkassen sind die arztbezogenen Regelleistungsvolumina zeitnah entsprechend anzupassen. Die nach dem zwingend zu beachtendes Berechnungsverfahren des Bewertungsausschusses [§ 85b Abs. 4 i. V. m. Abs. 3 SGB V] ermittelten RLV sind im Übrigen so festzulegen, dass noch Vergütungsmöglichkeiten für darüber hinausgehende Leistungen bestehen. Hierfür erhält der Arzt unabhängig vom Aufwand und der auslösenden Indikation eine Vergütung in Höhe von nur noch 10 % der eigentlichen Bewertung.

- Jenseits des RLV → 10 % Vergütung

Woher eine KV nach RLV-konformer Verteilung der Gesamtvergütungen das Geld zur Bezahlung der solcherart mit 10 % des eigentlichen Wertes vergüteten Leistungen nehmen soll, ist völlig unklar. Klar ist nur, dass damit die ursprünglich vereinbarten Preise für die budgetkonformen Pauschalen keine Gültigkeit beanspruchen können. Ob und wie diese 10%-Regelung mit der fixkostenbezogenen Preisabstaffelung innerhalb der vertragsärztlichen Gebührenordnung vereinbar ist, muss gleichfalls kritisch gefragt werden.

Übergangsregelungen:

Die Datengrundlagen für die Vertragspartner des Honorarverteilungsmaßstabes werden in den Jahren 2007 und 2008 erweitert. Auf Grund der hierdurch möglichen Differenzierung der Honorarverteilung nach Versorgungsgraden können bereits dann beispielsweise an Ärzte in unterversorgten Gebieten höhere und in überversorgten Gebieten niedrigere Vergütungen gezahlt werden. Schon ab dem 1. Januar 2008 treten die neuen Bewertungen von Versichertenpauschalen für Hausärzte und von Grund- und Zusatzpauschalen für Fachärzte in Kraft [§ 87 SGB V].

- Pauschalierungsregelungen ab 2008

Da dem Bewertungsausschuss vorgeschrieben ist, bei der erstmaligen Festsetzung des Orientierungswertes für das Jahr 2009 Beitragssatzerhöhungen auszuschließen, wird zugleich verhindert, dass endlich der den von der KVen und KBV als maßgeblich angesehene Punktwert von 5,11 Cent [ggf. höher] festgelegt werden könnte.

- !!! Beitragssatzstabilität !!!

Damit korrespondiert auf Landesebene bei der erstmaligen Vereinbarung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütungen für das Jahr 2009 das Abstellen auf die im Vorjahr 2008 tatsächlich erbrachte Leistungsmenge. Diese sorgt in ihrer Verknüpfung mit der im Voraus festgelegten Gesamtvergütung in gewohnter Weise für die angestrebte so genannte kostenneutrale Umsetzung der neuen Vergütungsordnung. Also auch an dieser Stelle wird noch einmal betriebswirtschaftlich kalkulierten Preisen die kalte Schulter gezeigt und der um 30 % unterbezahlte Ist-Zustand festgeschrieben

- Budgetierung

Erst in den Folgejahren kann diese Leistungsmenge an die Veränderungen der Versicherungszahlen und der Morbidität angepasst werden. Ab 1. Januar 2008 tritt übrigens auf der Seite der Krankenkassen an die Stelle der bisherigen Landesverbände der Spitzenverband Land, dem deutschlandweit der ebenfalls neue Spitzenverband Bund entspricht.

Ich fasse das bisher Ausgeführte kurz zusammen:

GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz =

Ein kaskadenartiges System einschränkend – kontrollierender Maßnahmen erfordert in letzter Konsequenz einen höheren bürokratischen Aufwand (bis hin zu einem neuen Institut)

→ **Mehr Bürokratie!**

und ist auf Grund seiner hohen Komplexität für niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten schwerer denn je zu verstehen

→ **Weniger Transparenz!**

Die bisherigen Möglichkeiten von KVen und KK, auf regionaler Ebene den jeweiligen Besonderheiten durch spezifische Vertragselemente gerecht zu werden und in einem Wettbewerb der intelligentesten und kreativsten Vorschläge optimale Versorgungsstrukturen zu schaffen, werden deutlich limitiert. Da laut 2. Gesetzentwurf dem Bewertungsausschuss sogar das Recht eingeräumt, den KVen in die Bestimmung von Verwaltungsaufwand und Sicherstellungsaufwand reinzureden, wird künftig der wirtschaftliche Wettbewerb von KVen auch insoweit verhindert.

→ **Weniger Wettbewerb**

Vertragswettbewerb

Ein konkretes Feld, auf dem Wettbewerb stattfinden soll, ist das der Verträge; der Sicherstellungsauftrag der KVen wird dabei allerdings durch folgende beide Regelungen weiter ausgehöhlt:

- **Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)**

Wichtigste Kennzeichen der hausarztzentrierten Versorgung sind: Obligatorische Vorhaltung durch jede Krankenkasse und Pflicht zum Angebot eines besonderen Wahltarifs, Erweiterung der Mindestqualitätsmerkmale gegenüber den bisherigen Regelungen, Verpflichtung des Versicherten zur Wahl eines Hausarztes für mindestens ein Jahr und Inanspruchnahme ambulanter fachärztlicher Behandlung nur auf dessen Überweisung hin. Für Hausärzte besteht kein Anspruch auf Vertragsabschluss bzw. Einbeziehung in den Vertrag. Kassenärztliche Vereinigungen sind als Vertragspartner ausgeschlossen. Die Gesamtvergütungen müssen bereinigt werden.

- **Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V)**

Die Krankenkassen können die gesamte ambulante ärztliche Versorgung bestimmter Versicherter oder einzelne Bereiche davon mit selbst zu wählenden Vertragspartnern vereinbaren. Auch hier besteht die Verpflichtung zur Bereinigung der Gesamtvergütungen.

- **Integrierte Versorgung**

Die Regelungen über die integrierte Versorgung werden modifiziert: Sie sollen grundsätzlich eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Versorgung ermöglichen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden weiterhin nicht ins Vertragsgeschäft einbezogen. Eine neu zu schaffende Registrierungsstelle, der die Verträge zu melden sind, wird obligatorisch; auskunftspflichtig ist die Registrierungsstelle jedoch nur gegenüber dem BMG.

- **Unterstützung durch „KV-Consult“**

Auch wenn die KVen demnach aus dem unmittelbaren Vertragsgeschäft der HZV und der IV-Verträge ausgebootet bleiben, sah der erste Gesetzentwurf vor, dass sie sich über neu zu gründende Dienstleistungsgesellschaften an Abschluss und Durchführung solcher Verträge gegen Kostenersatz beteiligen dürfen. Damit schied allerdings ein „hoheitlicher“ Charakter entsprechender Aufgaben aus, der gegebenenfalls eine steuerrechtliche Begünstigung ermöglicht hätte.

- Im 2. und 3. Arbeitsentwurf gestrichen!

Der neueste WSG - Entwurf streicht allerdings die KV-Dienstleistungsgesellschaften wieder aus dem Kreis möglicher Vertragspartner bei den Verträgen nach §§ 73 b und 140 b SGB V, d. h. auch hier soll wirklicher Wettbewerb verhindert werden. Völlig unklar sind in diesem Zusammenhang Fragen der künftigen Sicherstellung, da der Auftrag der KVen insoweit eingeschränkt wird [§ 75 Abs. 1 SGB V]. Auch das Thema Qualitätssicherung wird künftig fragmentiert und deshalb – sollte es überhaupt von den künftigen Vertragspartnern wahrgenommen werden – ebenso wie die Sicherstellung neue bürokratische Klimmzüge und Institutionen erfordern. Die Bereinigungsvorschriften führen völlig ins Dunkel ministerialer Zwangsvorstellungen, da nur die Vertragspartner, nicht aber die KVen über teilnehmende Ärzte und Versicherte informiert werden. Auch hier lautet das ernüchternde Resümee,

→ **WSG: Mehr Bürokratie! Weniger Transparenz! Weniger Wettbewerb!**

dass im BMG das Gegenteil der von den Eckpunkten versprochenen Ziele angestrebt wird.

Finanzierung der GKV

Das derzeit meistdiskutierte Thema der geplanten Reform ist der Gesundheitsfonds, wohl der verzweifelte Versuch einer Quadratur des Kreises, da er späteren Regierungen die Möglichkeit offen halten soll, auf Kopfpauschalen oder Gesundheitsprämie umzuschwenken. – Der allgemeiner Beitragssatz wird künftig durch Rechtsverordnung des BMG festgelegt [§ 241 SGB V], die Finanzautonomie der Krankenkassen, sprich: der Wettbewerb um den günstigsten Beitragssatz abgeschafft.

- Beitragssatz nach Gusto der Regierung

Alle Beiträge und sonstigen Einnahmen fließen in den Gesundheitsfonds [§ 220 Abs. 1 SGB V], der als Sondervermögen beim Bundesversicherungsamt verwaltet wird [§ 271 SGB V]. Aus Regionen starker Wirtschaftskraft – zu denen Bremen gehört – fließen dann relativ große Summen in den Fonds, aus dem die regionalen Kassen jedoch nur die Magermilch bundesweiter Einheitsprämien zurückerhalten. Da dies einen 100% Ausgleich der Finanzkraftunterschiede der Krankenkassen im Vergleich zu dem bisherigen 92 %-Ausgleich des RSA bedeutet, kann eine finanzielle Schwächung unserer regionalen Krankenkassen nicht ausgeschlossen werden. Die Beiträge der Arbeitnehmer werden weiterhin um 0,9 Prozentpunkte über denen der Arbeitgeber liegen; da eventuell erforderliche Zusatzbeiträge nur von Arbeitnehmern erhoben werden, verschiebt sich die Parität noch weiter zu ihren Ungunsten. Die großartig angekündigte Finanzierung versicherungsfremder Leistungen aus Steuermitteln ist bei tatsächlichen Kosten von ca. 15 Mrd. € in jedem Fall zu niedrig. Die in Aussicht gestellten Bundesmittel bedeuten bei 1,5 Mrd. Euro in 2007 und 3 Mrd. Euro in 2008 sogar eine Verschlechterung um zunächst 2,7 Mrd. € gegenüber dem Steuerzuschuss in 2006.

- Reduzierung des Steuerzuschusses

Zur Deckung ihrer Ausgaben bekommen die Krankenkassen aus dem Gesundheitsfonds einheitliche, lediglich alters- und risikoadjustierte Pauschalen zugewiesen. Diese Art der Rückflüsse wird es nicht mehr ermöglichen, den unterschiedlichen regionalen Versorgungsstrukturen im Hinblick auf die dahinter stehenden wirtschaftlichen Verhältnisse Rechnung zu tragen. Das steht im Widerspruch zu der Maßgabe des Gesetzesentwurfs, dass durch regionale Zu- oder Abschläge bei den Orientierungswerten den Besonderheiten der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes Rechnung getragen werden soll [§ 85a Abs. 2 SGB V].

- Missachtung regionaler Besonderheiten

Reichen die Zuweisungen aus dem Fonds zur Deckung des Finanzbedarfs einer Krankenkasse nicht aus, kann sie einen Zusatzbeitrag erheben, der 1 % der jährlichen Bruttoeinnahmen des Versicherten nicht übersteigt. Diese Überforderungsklausel bewirkt zweierlei: Sie verhindert einen wirklichen Beitragswettbewerb unter den Kassen. Und das Abstellen auf die Bruttohaushaltseinnahmen wird eine gigantische Überwachungsbürokratie erfordern, da der Arbeitgeber die erforderlichen Daten nicht liefern kann.

- Beschränkte Zusatzbeiträge

Die KK-Beiträge werden erhöht, wenn die voraussichtlichen Einnahmen des Gesundheitsfonds seine voraussichtlichen Zuweisungen an die Krankenkassen einschließlich der vorgeschriebenen Schwankungsreserven im laufenden und im Folgejahr nicht zu mindest 95 % decken; diese Imponderabilien werden eine Beitragsfestsetzung nach Gutsherrenart durch das BMG begünstigen. – Der vom Gesetz geforderte verbandsinterne Schuldenabbau der Krankenkassen vor Fondsbeginn wird zu Beitragserhöhungen führen und unabhängig von der Höhe der jeweils zu leistenden Beiträge z. B. eine solide kleine AOK wie die Bremens möglicherweise an den Rand der Existenzfähigkeit bringen.

- Weniger Krankenkassen

Das Ersatzkassenlager steht hier vielleicht etwas günstiger da, aber die geschilderte Art des Beitragseinzugs und der Mittelverteilung durch den Fonds kann auch die Wirtschaftskraft der hkk deutlich vermindern. Deshalb wird der Gesundheitsfonds die ohnehin politisch gewollte Fusionsbildung von Krankenkassen weiter befördern, d. h. die Kassenlandschaft und damit der Wettbewerb werden weiter verdorren.

→ **WSG: Mehr Bürokratie! Weniger Transparenz! Weniger Wettbewerb!**

Gemeinsame Selbstverwaltung

Das wichtigste Organ der gemeinsamen Selbstverwaltung, der Gemeinsame Bundesausschuss, verliert seine Legitimationsbasis, denn seine Beschlüsse werden künftig von zwölf hauptamtlichen, weisungsungebundenen Mitgliedern getroffen.

- Hauptamtliche Mitglieder

Die Organisation des Gemeinsamen Bundesausschusses wird durch eine Rechtsverordnung des BMG festgelegt. Die meisten der den G-BA betreffenden oder von ihm zu treffenden Beschlüsse bedürfen der Genehmigung des BMG mit großen Möglichkeiten der Ersatzvornahme.

- Enge Kontrolle durch das BMG

Nach § 137a soll zum Zwecke der „Umsetzung der Qualitätssicherung und Darstellung der Qualität“ eine unabhängige Institution durch den G-BA beauftragt werden, die sich auch an der Durchführung der einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung operativ beteiligen soll;

- Neue Institution

damit wird das Problem einer einheitlichen künftigen Qualitätssicherung im Zeichen flächendeckender Sonderverträge in den Arbeitsentwürfen allerdings nicht gelöst. Im Klartext bedeutet das neben der Bürokratiezunahme auf Bundesebene eine Entmündigung der KVen und ihrer regionalen Vertragspartner beim Thema Qualitätssicherung; auch auf diesem Gebiet gab es einen Wettbewerb, der jetzt abgeschafft wird. Und dazu passt eine umfangreiche Aufzählung neuer Richtlinienkompetenzen des G-BA im Gesetzentwurf. Der bisher oft polemisch verwandte Begriff der „Staatsmedizin“ findet hier durch ein entsprechendes Regelwerk endgültig seine Bestätigung. Dies wird in der Praxis auch dazu führen, dass die beteiligten Krankenkassen und Leistungserbringer mehr als bisher Entscheidungen des G-BA rechtlich überprüfen

lassen und damit die Gerichte beschäftigen. Diese haben bisher noch keinen G-BA-Beschluss verworfen, wohl nicht zuletzt wegen der zurzeit noch vorhandenen Legitimationsketten der G-BA-Mitglieder, die bis zu den Krankenversicherten bzw. KV-Mitgliedern reichen. – Die qualitätssichernden Richtlinien nach § 135 Abs. 2 SGB V werden gestärkt, da sie künftig unmittelbare Auswirkungen auf die Vergütung haben. Resümee:

→ **WSG: Mehr Bürokratie! Weniger Transparenz! Weniger Wettbewerb!**

Wirtschaftlichkeitsprüfung/Arzneimittel

An die Stelle des Prüfungsausschusses tritt künftig eine so genannte Prüfungsstelle (praktisch die bisherige Geschäftsstelle); der Beschwerdeausschuss fungiert als Widerspruchsausschuss in der bisherigen Zusammensetzung weiter.

- Prüfungsstelle ersetzt Prüfungsausschuss

Das System der Prüfungsmethoden bleibt erhalten; also kann auch die fakultative Durchschnittsprüfung weiter geführt werden. Als besondere Form der Zufälligkeitsprüfung wird die Prüfung von Ärzten eingeführt, die an Arzneimittelstudien teilnehmen. Richtgrößenprüfungen sollen in der Regel für nicht mehr als 5 % der Ärzte einer Fachgruppe durchgeführt werden [§ 106 Abs. 2]. Die Prüfungsstelle beschließt Grundsätze für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten, die dann ebenso wie Zuzahlungen und Rabatte vorab berücksichtigt werden sollen.

- Fachliches Verständnis des hauptamtlichen Leiters?

Angestrebt wird durch die Schaffung einer völlig neuen Behördenstruktur eine Verfahrensbeschleunigung; diese dürfte in der Praxis aber zu wachsenden Widersprüchen gegenüber der Entscheidung der Prüfungsstelle und damit zu einer Mehrbelastung der Beschwerdeausschüsse führen.

- Mehr Widersprüche?

Richtgrößenprüfungen können für den Zeitraum eines Quartals durchgeführt werden; der jeweilige Aufsatzzeitraum darf maximal zwei Jahre zurückliegen. Falls eine reguläre Richtgrößenprüfung nicht durchgeführt werden kann, erfolgt sie auf Grundlage des Fachgruppendurchschnitts mit ansonsten gleichen gesetzlichen Vorgaben. Das Thema Arzneimittel blitzt an vielen Stellen des Arbeitsentwurfs auf, denn das Problem der steigenden Ausgaben ist ungelöst. Eine der wichtigsten Neuerungen dürfte dabei die künftige Kosten-Nutzen-Bewertung von Arzneimitteln mit daran gekoppelter Festsetzung eines Höchstbetrags durch die GKV sein. Außerdem ist für Ärzte die Einholung einer Zweitmeinung bei der Verordnung besonderer Arzneimittel wichtig (§ 73d), wobei das Nähere eine Richtlinie des G-BA bestimmen wird. Diese an und für sich richtige Innovation – sie nimmt die konsentierten Arzneimittel automatisch aus der Richtgrößenprüfung heraus – wird allerdings auch wieder einen erheblichen bürokratischen Aufwand bedingen.

- Viele Neuregelungen

Zusammenfassende Bewertung des Wettbewerbstärkungsgesetzes

Da derzeit heftig um die künftige Rolle der PKV gerungen wird, erspare ich mir detaillierte Ausführungen zu diesem Thema. Es bleibt nur festzuhalten, dass die SPD auch auf diesem Feld den Niedergelassenen den Hahn weiter zudrehen möchte und die CDU sich im koalitionsinternen Ringen vor allem der Versicherungsbranche und weniger den Vertragsärzten und –psychotherapeuten verpflichtet fühlt. Deshalb werden sich die so genannten Leistungserbringer auch künftig einem gesetzlichen System der Honorarverweigerung ausgesetzt sehen. Dieses steht ausschließlich unter dem

Diktat der von den Verfassern des WSG-Entwurfs wie eine Monstranz vorausgetragenen Beitragssatzstabilität. Über die systematisch und honorarpolitisch unerträgliche Dreifach-Steuerung der künftigen Budgetierung durch Pauschalen im EBM, morbiditätsbedingte Gesamtvergütungen und arztbezogene Regelleistungsvolumen wird das Vergütungssystem strangulierender denn je gesteuert und mittels Übergangsregelungen in das Korsett bestehender Vergütungshöhen auch für den Neubeginn ab 2009 eingezwängt. Hierdurch und durch ein Wettbewerbsdiktat, das die einzelne Praxis mehr denn je abhängig macht von der Willkür potentieller Vertragspartner sowie durch die massiv betriebene Schwächung der KVen soll die Versorgungslandschaft ausgedünnt werden. Da gleichzeitig auch die Krankenkassen und die gemeinsame Selbstverwaltung massiv gestutzt werden, resultiert nicht nur eine Konterkarierung der Eckpunkte,

→ **WSG: Mehr Bürokratie! Weniger Transparenz! Weniger Wettbewerb!**

sondern es droht eine völlige Umorientierung unseres bewährten Gesundheitssystems, vom KBV-Vorsitzenden Dr. Andreas Köhler folgendermaßen charakterisiert:

→ **WSG: Ostdeutsche Staatsmedizin mit westdeutscher Bürokratie!**

Ich selbst würde deshalb folgende Auflösung des Akronymes WSG vorschlagen:

WSG = WahnSinnsGesetz

Und was folgt daraus? Angesichts des enormen äußeren Bedrohungspotentials ist eine starke, allumfassende Interessenvertretung für Deutschlands Ärzte und Psychotherapeuten wichtiger denn je. Denn wir wollen einen fairen Vertragswettbewerb, der nicht von vornherein auf Willkür angelegt ist. Wir wollen endlich die Abschaffung der Honorarbudgets und die Einführung einer betriebswirtschaftlich kalkulierten Euro-Gebührenordnung mit festen Preisen. Dass der Weg zu diesen Zielen verzweiflungsvoll mühsam ist, erfahren wir gerade wieder einmal äußerst anschaulich. Aber: Ich sehe keine Alternative zum geduldigen Geschäft derjenigen, die das inzwischen ganz gut gelernt haben und die im Gegensatz zu manch neuem Volkstribunen den Sinn fürs Machbare behalten und den Blick aufs verbindende Ganze nicht verloren haben. Und deshalb brauchen wir – es wird Sie nicht wirklich wundern, das jetzt von mir zu hören – eine starke KV.