

Anforderungen der Betriebskrankenkassen an eine Reform der ärztlichen Versorgung

April 2011

Vorbemerkungen

Das deutsche Gesundheitswesen bietet den gesetzlich Versicherten eine medizinische Versorgung auf sehr hohem Niveau. Unsere Ärztinnen und Ärzte sind hoch qualifiziert und der Zugang zu medizinischen Leistungen für jedermann ist nach wie vor umfassend gewährleistet. Dass es in Deutschland insgesamt ausreichend viele Ärztinnen und Ärzte gibt, zeigt der Blick auf die Fakten: Noch nie zuvor gab es eine so hohe Arztdichte wie heute. Vor allem in Ballungsgebieten sind oftmals sogar deutlich zu viele Mediziner angesiedelt. Hier gibt es Überkapazitäten, die letztlich die Beitragszahler teuer zu stehen kommen.

Trotz diesem Überangebot an Ärzten herrscht jedoch in weiten Teilen der Bevölkerung der Eindruck vor, dass es hierzulande eine Versorgungsknappheit gäbe. Die Gründe für diese „gefühlte Unterversorgung“ sind nur partiell darauf zurückzuführen, dass es in einigen dünnbesiedelten Regionen an niedergelassenen Ärzten oder Psychotherapeuten mangelt. Oftmals sind die Versicherten schlichtweg unzufrieden, weil sie – selbst in Gebieten mit sehr hoher Arztdichte – sehr lange auf einen Termin bei einem Facharzt warten müssen. Auch das von vielen Betriebskrankenkassen erfolgreich angebotene Terminmanagement kann diese Unzufriedenheit nicht kompensieren.

Statistisch nachweisbare Überversorgung bei gesellschaftlich empfundener Unterversorgung – dieses Paradox zeigt: Das Problem liegt in der Verteilung und Organisation. Eine Reform der ärztlichen Bedarfsplanung muss hier mit einem ausgewogenen Maßnahmenbündel gegensteuern. Die Betriebskrankenkassen fordern, dass dabei die bestehenden Überkapazitäten berücksichtigt und genutzt werden, aber insbesondere auch die Ressourcen im stationären Bereich, vor allem in der speziellen fachärztlichen Versorgung, stärker in die ambulante Bedarfsplanung eingebunden werden.

Die neuen Regelungen dürfen insgesamt aber nicht dazu führen, dass die Krankenkassen und ihre Versicherten finanziell noch stärker belastet werden. Gerade die von den Krankenkassen für die niedergelassenen Ärzte zur Verfügung gestellten Mittel sind in den letzten drei Jahren insgesamt drastisch angestiegen – in einzelnen Bundesländern betrug diese Steigerung bis zu 30 Prozent.

Die Versicherten brauchen eine besser organisierte, ortsnahe Versorgung. Sie zu diesem Zweck noch stärker als bisher zur Kasse zu bitten, wäre der falsche Ansatz. **Die Mittel für die Ärzte sind da – sie müssen nur besser verteilt werden!**

Forderungen der Betriebskrankenkassen

Vor diesem Hintergrund fordern die Betriebskrankenkassen die Politik auf, bei einer Reform der ärztlichen Versorgung die folgenden Aspekte zu berücksichtigen:

Reform der Bedarfsplanung und Überwindung der Sektorengrenze

- **Differenzierte Betrachtung in der Bedarfsplanung:** Um die aktuellen Versorgungsprobleme zu lösen, müssen wir in der Zukunft zwischen primärärztlicher, allgemeiner fachärztlicher und spezialisierter fachärztlicher Versorgung unterscheiden. Die spezialisierte fachärztliche Versorgung umfasst insbesondere die Leistungsbereiche gemäß § 115 b SGB V (Ambulantes Operieren im Krankenhaus) und § 116b SGB V (Ambulante hochspezialisierte Behandlung im Krankenhaus). So sollte z. B. für Hausärzte ein höheres Maß an Flächendeckung notwendig sein als für Fachärzte, d. h. es muss ein Umverteilungsmechanismus gefunden werden, der die Hausärzte regional gerechter verteilt, ohne dass dabei die bestehende Überversorgung ausgebaut wird. Gerade bei der spezialisierten fachärztlichen Versorgung muss die Bedarfsplanung hingegen viel stärker als heute dazu beitragen, die Sektorengrenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung zu überwinden und vorhandene Überversorgung bzw. Doppelstrukturen abzubauen (*siehe Seite 5*).
- **Sektorenübergreifende Bedarfsplanung sinnvoll umsetzen:** Die Bedarfsplanung der Landesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen muss die Kapazitäten der Krankenhausversorgung insgesamt stärker miteinbeziehen. Neue Gremien sind dafür aber nicht nötig. Einen neuen sektorenübergreifenden Ausschuss mit Vertretern unterschiedlichster Interessen, wie ihn die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) vorschlägt, lehnen die Betriebskrankenkassen ab. Anstatt ein neues zusätzliches Gremium zu schaffen, sollte das erprobte und **erfolgreiche Modell der Selbstverwaltung** in Form grundsätzlich unveränderter Lan-

- **Eine kleinräumigere Bedarfsplanung schafft künstliche Unterversorgung:**

Eine kleinräumigere Betrachtung in der Bedarfsplanung ist alleine nicht dazu in der Lage, die strukturellen Probleme in den von Unterversorgung bedrohten Regionen zu lösen. Stattdessen würden sich die Probleme in diesen vorwiegend ländlichen Gebieten nur noch verschärfen: Eine kleinräumigere Betrachtung birgt die Gefahr, gerade in den derzeit überversorgten städtischen Gebieten neue Niederlassungsmöglichkeiten für Ärzte zu schaffen. Das bedeutet auch: Jegliche Versuche, Niederlassungen in strukturschwachen Regionen attraktiver zu machen, würden dadurch konterkariert. Seitdem der Demographiefaktor in die Bedarfsplanungsrichtlinien eingeführt wurde, zeigen erste Berechnungen, dass aktuell wieder neue Niederlassungsmöglichkeiten in größeren Städten entstehen könnten. Vor diesem Hintergrund wäre eine flächendeckende kleinräumige Bedarfsplanung umso problematischer, weil dadurch die bestehende Überversorgung weiter ausgebaut werden würde. Eine kleinräumige Bedarfsplanung ist allenfalls eine lokale Option, um Unterversorgung in speziellen Gebieten – insbesondere bei der hausärztlichen Versorgung – entgegenzusteuern. Sinnvoll ist dies jedoch nur, wenn es dadurch gelingt, Hausärzte aus den überversorgten Regionen so umzuverteilen, dass diese sich in städtischen Problembezirken und strukturschwachen ländlichen Gebieten niederlassen. Viel wichtiger ist es jedoch, Unterversorgung mit innovativen Versorgungskonzepten zu begegnen. So können ärztliche Leistungen delegiert (wie z. B. Schwester AGNES), Praxen örtlich flexibler organisiert oder Medizinische Versorgungszentren (MVZ) ausgebaut werden (siehe hierzu auch Seite 7). Auch sollte bei der regionalen Verteilung die räumlich/zeitliche Distanz und die gegenwärtige Verkehrsanbindung berücksichtigt werden.

- **Maßnahmen zum Abbau von Überversorgung:** Insbesondere in städtischen Bezirken gibt es eine deutliche Überversorgung. Der Aufkauf von Praxen – z. B. durch Kassenärztliche Vereinigungen (KVen) – wäre ein sinnvoller Ansatz, um dieser Überversorgung zu begegnen. Eine Finanzierung dieser Maßnahmen muss durch die Gesamtvergütung ohne weitere Belastungen der Krankenkassen erfolgen. Zusätzlich sollte auch darüber nachgedacht werden, die automatische „Vererbung“ (Übergang) eines Praxissitzes auszuschließen. Die Möglichkeit, Zulassungen zeitlich zu befristen, stellt einen weiteren Schritt zu größerer Flexibilisierung dar.
- **Regionale Strukturfonds gegen Unterversorgung:** Die Einrichtung eines Strukturfonds oder eines sog. regionalen Versorgungsfonds, der zur Finanzierung monetärer Anreize zur Niederlassung in unterversorgten Gebieten aus der Gesamtvergütung und im Falle der spezialärztlichen Versorgung zuzüglich aus dem regionalen Krankenhausbudget gespeist wird, könnte ein hilfreiches Instrument sein, das zumindest – ggf. als Pilot – erprobt werden könnte. Allerdings muss der Fonds mit der jetzigen Regelung zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen nach § 105 SGB V vereinbar sein. Für die Betriebskrankenkassen ist aber von entscheidender Bedeutung, dass der Strukturfonds tatsächlich aufwandsneutral umgesetzt wird. Den Krankenkassen dürfen keine zusätzlichen Kosten entstehen. Auch darf über die Mittel des Strukturfonds nicht nach tagespolitischen Vorgaben entschieden werden. Um den Strukturfonds vor jeglicher Zweckentfremdung effektiv zu schützen, muss sichergestellt werden, dass die Entscheidungen darüber, nach welchen Kriterien die regionalen Mittel verteilt werden, von einem selbstverwalteten Gremium mit paritätischer Besetzung (analog zur Zusammensetzung der Landesausschüsse nach § 90 SGB V) getroffen werden.

Sektorengrenze insbesondere in der spezialärztlichen Versorgung überwinden

- **Ressourcen der Krankenhäuser stärker einbeziehen:** Versorgungsengpässe im fachärztlichen ambulanten Sektor in ländlichen Gebieten könnten vielfach vermieden werden, wenn die Kapazitäten des stationären Bereichs stärker in die ambulante Bedarfsplanung miteinbezogen würden. Dies gilt insbesondere für die spezialisierte fachärztliche Versorgung. Hierzu sollten die bestehenden Landesausschüsse nach § 90 SGB V für den Bereich der sektorenübergreifenden spezialärztlichen Bedarfsplanung um Vertreter aus dem stationären Leistungsbereich erweitert werden (*siehe auch Seite 2*). Doppelstrukturen müssen dabei vermieden werden. Deshalb ist es wichtig, dass – neben den Leistungen im Rahmen der persönlichen und institutionellen Ermächtigungen – alle einschlägigen Leistungsbereiche aus der Krankenhausversorgung mit in die Bedarfsplanung einbezogen werden. Dazu gehören vor allem die ambulanten Operationen an Krankenhäusern, Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren und psychiatrischen Institutsambulanzen, die hochspezialisierten Leistungen nach § 116b SGB V, die vor- und nachstationären Behandlungen im Krankenhaus, die Stunden- und Tagesfälle (Ein-Tages-DRGs) sowie die teilstationären Leistungen. **Grundsätzlich sollte eine Vereinheitlichung der Vergütungssysteme angestrebt werden**, dies gilt sowohl für die ärztliche Leistung, als auch für den technischen Leistungsanteil in der Vergütung.
- Ein Weg zur Vereinheitlichung der Vergütungssysteme wäre es, das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) und/oder den Bewertungsausschuss für den ambulanten Bereich gemeinsam zu beauftragen, diese sektorenübergreifenden resp. sektorenintegrierenden Leistungen zu bewerten und ein Vergütungssystem zu entwickeln. Die tatsächlichen Unterschiede zwischen den Sektoren bzgl. der Investitionskostenfinanzierung sind dabei zu berücksichtigen. Hierdurch würden auch die bestehenden Anreize zu vergütungsmotivierten “Leistungsverschiebungen” zwischen den Sektoren erheblich gemindert, eben weil die Leistungsbewertung überall gleich ausgestaltet ist. Vor allem aber wird – nach Anwendung eben dieser sektorenunabhängigen Vergütungssystematik – die notwendige Transparenz gegeben sein, um das Leistungsgeschehen hinsichtlich der Inanspruchnahme und etwaiger Versorgungsdefizite darzustellen. Letztlich würde die sektorenübergreifende Darstellung und Umsetzung der Qualitätssicherung erheblich vereinfacht.

- Für den Bereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung käme langfristig auch ein **sektorenübergreifendes Budget** zur besseren Leistungs- und Kostensteuerung in Frage. Die Leistungsmenge könnte analog der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im ambulanten Bereich aufgrund der Morbidität der Vorjahre weiterentwickelt und festgelegt sowie analog dem stationären Budget prospektiv vereinbart werden. Die Leistungsbewertung könnte durch das InEK oder den Bewertungsausschuss (BA) erfolgen. Im Ergebnis entscheidend ist die Budget- resp. Ausgabenneutralität durch äquivalente rechtssichere Budgetbereinigung. Die Einführungsphase kann durch Konvergenzzeiträume zu Gunsten der Leistungserbinger abgefedert werden.
- In der spezialärztlichen Versorgung müssen der ambulante und der stationäre Sektor besser verzahnt werden. Dies darf jedoch auf keinen Fall dadurch geschehen, dass – wie so oft in der Vergangenheit – auf der Grundlage empirisch nicht belegter (mithin „gefühlter“) Versorgungsdefizite für die ambulante spezialärztliche Versorgung gesetzliche Zulassungen ohne Bedarfsprüfung und ohne Mengenbegrenzung geschaffen werden. **Das Motto „Jeder, der kann, darf“ wird einer sachgerechten Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen nicht gerecht.** In jedem Fall sind zwingend verbindliche und im Ergebnis ausgabenneutrale Bereinigungsvorschriften sowohl im ambulanten Bereich als auch im stationären Budget (im einzelnen Krankenhaus oder im Landesbasisfallwert) vorzusehen.

Medizinische Versorgung im Spannungsfeld von Kollektiv- und Selektivverträgen

- **Selektivverträge** sind als Ergänzung zur flächendeckenden Kollektivversorgung grundsätzlich sinnvoll, um den Wettbewerb zu stärken und Kassen unter Berücksichtigung von regionalen Strukturen Differenzierungsmöglichkeiten zu geben. Den Krankenkassen bieten Sie die Chance, ihren Kunden eine moderne, qualitätsgesicherte Versorgung anzubieten (Kunden- und Kostenexellenz). Diesen Vorteilen stehen aber finanzielle Risiken sowie ein hoher Administrationsaufwand gegenüber, so dass im Einzelfall abzuwägen ist, ob sich ein Selektivvertrag

lohnt. Hierbei ist das bisherige Bereinigungsverfahren eher ein Hemmschuh, um Selektivverträge qualitätsgesichert umzusetzen. Daher fordern die Betriebskrankenkassen eine tatsächlich ausgabenneutrale Bereinigungsregelung, die prospektiv und weitaus konkreter als heute ausgestaltet sein muss.

- **Sicherstellung durch Kollektivverträge muss erhalten bleiben:** Die alternative Sicherstellung der medizinischen Versorgung durch Selektivverträge anstelle von Kollektivverträgen birgt selbst für große Krankenkassen das Risiko, solche Verträge nicht flächendeckend – unter Wahrung der Entscheidungsfreiheit der Versicherten – anbieten zu können. Daher müssen neben den selektivvertraglichen Möglichkeiten die kollektiven Verträge weiterhin erhalten bleiben.
- **Auszuschließen sind aber verpflichtende Selektivverträge** mit Monopolen und Abschlusszwang, insbesondere die Hausarztverträge nach § 73b SGB V.

Innovative Versorgungskonzepte zur Sicherstellung insbesondere der ambulanten ärztlichen Versorgung

- Die verstärkte **Einbindung von Medizinischen Versorgungszentren (MVZ)** ist nach Auffassung des BKK Systems eine sinnvolle Maßnahme zur Sicherstellung der Versorgung.
- Auch die **flexibel einzusetzenden Arztstationen mit variablen Sprechstunden** der verschiedenen Fachrichtungen sowie die Lockerung der Residenzpflicht könnten ein Modell sein, um vor allem in strukturschwachen ländlichen Regionen Versorgungsprobleme zu lösen.
- Rechtlich gibt es bereits heute die Möglichkeit, **Zweigpraxen mit begrenzter Sprechstundenzahl** in strukturschwachen Regionen zu genehmigen – auch für MVZ. Diese gesetzliche Möglichkeit muss jedoch stärker als bisher tatsächlich genutzt werden.

- Der **Einsatz von Gemeindeschwestern** für delegierbare Leistungen ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen eine sinnvolle Maßnahme. Darüber hinaus kann die Gemeindeschwester den Kontakt zu den behandelnden Ärzten zwischen den Sprechstunden durch telemedizinische Anwendungen gewährleisten. Insbesondere für chronisch kranke Patienten kann so eine permanente Überwachung medizinischer Indikatoren sichergestellt werden. Da der Einsatz von Gemeindeschwestern auch eine soziale Komponente hat, sollten die Kommunen miteinbezogen werden. In einigen KV-Bereichen gibt es bereits entsprechende Modellversuche, z. B. AGNES und MONI. Um eine indirekte Erhöhung der Arzthonorare zu vermeiden, sollten die Gemeindeschwestern aus der Gesamtvergütung finanziert werden.
- **Entlassmanagement verbessern:** Um die Schnittstellenproblematik zwischen dem ambulanten und dem stationären Bereich zumindest teilweise zu überwinden, ist ferner eine Verbesserung des Entlassmanagements unverzichtbar. Diese bisher auf die Krankenhäuser gerichtete (weitgehend wirkungslos gebliebene) Vorgabe sollte um das Recht der Krankenkassen zum aktiven Versorgungsmanagement erweitert werden. Konkret fehlt es an der sozialrechtlichen Grundlage für die proaktive Information, Beratung und Steuerung der Versicherten (und nicht nur wie derzeit „auf Verlangen“, vgl. § 305 Abs. 3 SGB V) sowie für den Zugang zum Versicherten im Krankenhaus, um den poststationären Versorgungsbedarf zu eruieren und zu organisieren.

Anmerkungen zu einer künftigen Honorarreform

- Trotz der erheblichen Honorarsteigerungen der letzten Jahre für die niedergelassenen Ärzte – allein in den Jahren 2007 bis 2010 hat es einen Zuwachs von 17 Prozent bzw. 4,7 Milliarden Euro gegeben – haben sich paradoxerweise die öffentlichen Klagen der Ärzte darüber, finanziell zu schlecht ausgestattet zu sein, sogar noch verstärkt. Die objektiv messbare finanzielle Besserstellung der Ärzte hat aber die ärztliche Versorgung für Patienten nicht spürbar verbessert. Die Betriebskrankenkassen fordern daher: Wenn die Politik im Zuge der Neugestaltung der Bedarfsplanung zum wiederholten Male auch eine **Reform der Ärztehonorare** angehen möchte, **darf dies nicht zu erneuten finanziellen Mehrbelastungen der Krankenkassen und damit der Versicherten führen.** Zusätzliches

Geld schafft in der Ärzteschaft offensichtlich keinen Frieden. Verteilungsprobleme lassen sich nicht durch Honorarsteigerungen lösen.

- Der Bewertungsausschuss ist durch den Gesetzgeber verpflichtet, bis zum 30. April 2011 ein Konzept für eine Konvergenzregelung der ärztlichen Vergütung zu erarbeiten. Dabei wird die Anwendung eines Demographiefaktors (alters- und geschlechtsbezogen) neben bzw. anstelle eines diagnosebasierten Faktors bei der Ermittlung der Steigerung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung diskutiert, da der Demographiefaktor ohnehin recht gut mit der Morbidität der Versicherten übereinstimmt und keinen individuellen Schwankungen (je nach Kodierungsqualität des Arztes) unterliegt. Parallel hierzu müssen jedoch **Mengensteuerungsregelungen** entweder über den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) oder über die Honorarverteilung getroffen werden. Außerdem muss diese Honorarreform einhergehen mit einer Neugestaltung der Bedarfsplanung. Auswertungen der ärztlichen Abrechnungsdaten weisen auf eine hohe Korrelation zwischen dem Leistungsbedarf und der Arztdichte hin. Je höher die Arztdichte, desto höher der abgerechnete Leistungsbedarf (d. h. das Überangebot schafft sich seine entsprechende Nachfrage selbst).
- Die Honorarverteilung muss in Zukunft stärker regionalisiert werden, um auf die unterschiedlichen Versorgungsstrukturen in den Bundesländern adäquat eingehen zu können.
- Die Anwendung eines **Patientenklassifikationssystems** im Sinne eines morbiditätsorientierten Messinstruments ist aus Sicht der Betriebskrankenkassen grundsätzlich **besser zur Verteilung der ärztlichen Vergütung an den einzelnen Arzt**, nicht jedoch für die Zahlung der Vergütung durch die Krankenkasse geeignet („*Slize the pie, don't size the pie*“).
- Im Hinblick darauf, dass die Regelung zu den Ab- und Zuschlägen zu den Orientierungswerten bei Vorliegen von Über- bzw. Unterversorgung für 2011 und 2012 ausgesetzt wird, sind **Sicherstellungszu- und -abschläge** durchaus erwägenswert. Die Möglichkeit, Sicherstellungszuschläge gemäß § 105 Abs. 1 SGB V zu zahlen, gibt es dabei schon länger. Zur rechtssicheren Umsetzung von Sicherstellungsabschlägen bei Überversorgung sind allerdings konkrete gesetzli-



che Regelungen erforderlich. Alternativ wird die Inkraftsetzung des § 87 Abs. 2e SGB V empfohlen.