

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz aus Sicht der KVWL

9. Bundeskongress der Chirurgen, Nürnberg, 2. März 2007

Ansgar von der Osten
Stellv. Leiter des Geschäftsbereichs Sicherstellung/ Zulassung der KVWL

FOLIE 1 (TITEL)

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

wenn der Gesetzgeber seine Arbeit beendet hat und ein Gesetz in Kraft tritt, dann herrscht Klarheit für den Bürger. Dann sind die Diskussionen und Streitereien des Gesetzgebungsverfahrens, der konfliktive Austausch von Meinungen und Standpunkten, beendet. Nicht jeder ist zufrieden, aber jeder weiß, woran er ist. Sollte man meinen. Aber die Wirklichkeit sieht anders aus, und erst recht im Gesundheitswesen. Wenn hier ein Gesetz erlassen wird, herrscht nicht nur Unklarheit über die Auswirkungen. Es herrscht oft genug auch Unklarheit über die Umsetzung. Und dann beginnt ein hektischer Prozess der Gangbarmachung, der für den Adressaten der Gesetzgebung – den Arzt, den Patienten – oft kaum nachvollziehbar ist. Das gilt in besonderem Maß für das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, das nach einem vergleichsweise ruhigen Entstehungsprozess zum 1. Januar in Kraft getreten ist, im Fahrwasser der neuen Gesundheitsreform.

Welche Zielsetzungen verfolgt das Gesetz? Es geht darum, die Flexibilisierung der ärztlichen Berufsordnung ins Vertragsarztrecht zu übertragen, Ärzten mehr Gestaltungsmöglichkeiten zu geben, drohende Unterversorgung zu verhindern, den Wettbewerb zu erweitern.

FOLIE 2: ÜBERSICHT NEUE MÖGLICHKEITEN

Das geschieht durch eine Vielzahl neuer Möglichkeiten, ambulante Patienten vertragsärztlich zu versorgen. Gemeinschaftspraxen – jetzt Berufsausübungsgemeinschaften – sind nicht mehr an einen Ort gebunden. Gemeinschaftspraxen können sich auf ein Segment der Versorgung beschränken. Ärzte dürfen weitgehend frei Zweigstellen ihrer Praxen betreiben, unabhängig von einer Sicherstellungsnotwendigkeit. Die Anstellung eines Arztes in der Praxis ist nicht mehr auf Job-Sharing beschränkt. Versorgungsaufträge können halbiert werden. Und schließlich ist es durch das VÄndG möglich, Tätigkeiten in Krankenhaus und Arztpraxis miteinander zu kombinieren.

FOLIE 3: DREI SYSTEMSPRENGENDE ELEMENTE

Was sich in der Auflistung ein wenig abstrakt, ziemlich dürr und geradezu harmlos anhört, birgt potentiell eine große Sprengkraft. Die Neuerungen des VÄndG sind nämlich nicht mehr systemkompatibel. Wir haben eine sektorierte, bedarfsgeplante und budgetierte medizinische Versorgung. Drei Elemente des VÄndG besitzen eine Dynamik, die nicht in dieses enge und starre Korsett hineinpasst, wohl aber – und

das ist ein großes Problem – auf unbestimmte Zeit innerhalb dieses Systems administriert werden muss.

Das erste Element ist die sogenannte Überörtlichkeit. Der Arzt ist mit seinen Leistungen nicht mehr auf einen Ort festgelegt. Die Zulassung bleibt zwar bedarfsabhängig und ortsgebunden, definiert aber nur noch den Schwerpunkt der ärztlichen Tätigkeit. Und die Tätigkeit an anderen Orten als dem Vertragsarztsitz unterliegt nicht mehr der Bedarfsplanung.

Das zweite Element ist die fachgebietsübergreifende Zusammenarbeit, sei es als berufliche Kooperation oder in Form der Anstellung. Hier steht nicht mehr die medizinische Sinnhaftigkeit des Zusammenwirkens zweier Fachgebiete an einem Patienten im Brennpunkt, sondern wie bereits im MVZ die Bildung größerer Strukturen unter Marktgesichtspunkten.

Das dritte Element ist die Aufweichung der Sektorengrenzen, diesmal nicht als Frage des Budgets, sondern durch eine stationäre und ambulante Tätigkeit in Personalunion.

FOLIE 4: ALTE WELT

Auf dieser Folie sehen Sie noch einmal die alte Welt, die bis Ende letzten Jahres galt. Jeder arbeitete an seinem Ort der Zulassung bzw. in seinem Sektor, die Grenzen waren durch die Bedarfsplanung und durch die KV-Bezirke strikt vorgegeben. Die Honorarverteilung, die Abrechnung, die Prüfung sind mit allen ihren Instrumenten auf dieses System ausgerichtet.

FOLIE 5: NEUE WELT

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz durchbricht das alte System. Es können größere und große Berufsausübungsgemeinschaften entstehen, was durch den überörtlichen Zusammenschluss und die durch Fachgebietsgrenzen nicht mehr beschränkte Auswahl an potentiellen Partnern noch beflügelt wird. Jeder Partner darf auch in der Praxis der anderen Leistungen erbringen, vollkommen unabhängig von Zulassungssperren. Vertragsärzte können sich von Kollegen anstellen lassen. Es können allorts Filialen betrieben werden, wenn sie nur allgemein die Versorgung verbessern. Und schließlich kann der Arzt im MVZ oder der Praxis auch im Krankenhaus arbeiten bzw. umgekehrt.

Meine Damen und Herren, das bringt nicht nur Bewegung ins System, das bewegt das ganze System.

FOLIE 6: NORMEBENEN

Erlauben Sie mir nun einen kurzen Blick auf den Stand der Umsetzung. Mit Inkrafttreten des VÄndG sind das SGB V und die Ärzte-Zulassungsverordnung reformiert worden. Die untergesetzlichen Normen, welche die Gesetzesparagrafen mit Leben füllen müssen – vor allem etwa der Bundesmantelvertrag – fehlen aber noch. Wir haben also die neuen Möglichkeiten, wissen aber noch nicht, wie wir damit umgehen sollen. Das ist, als würde man ein kompliziertes technisches Gerät erwerben, auf dessen Verpackung steht, was es alles kann - und wenn man es dann

anschließen will, fehlt die Betriebsanleitung. Das sorgt für Planungsunsicherheit bei den Ärzten. Es setzt aber auch die Kassenärztlichen Vereinigungen und nicht zuletzt die Krankenkassen unter Druck, die ihre Steuerungsinstrumente anpassen oder völlig neu konzipieren müssen. Hinzu kommt, dass die Möglichkeiten des VÄndG keine regionalen Grenzen kennen, die Selbstverwaltungsebene aber strikt regional gegliedert ist. Daraus erwachsen Herausforderungen, die nicht leicht zu bewältigen sind. Leider ist der Gesetzgeber auf die Bitte der Selbstverwaltung nicht eingegangen, mit dem Inkrafttreten des Gesetzes ein halbes Jahr zu warten, um wenigstens die wichtigsten Verfahrensfragen zu klären.

Erschwerend hinzu kommt, dass das VÄndG sich wenig um andere Rechtskreise schert. So bestehen Inkompatibilitäten mit dem Berufsrecht. Und weil sich das Gesetz in seiner ganzen Textur an den Arzt als Unternehmer und nicht als Mediziner richtet, wirft es auch steuerrechtliche Fragen auf. Viele der neuen Möglichkeiten setzen ein Fragezeichen hinter die Freiberuflichkeit. Die Gewerbesteuerpflicht lauert gleich um die Ecke. Schon die Beschäftigung eines fachgebietsfremden Angestellten oder die Vermietung eigener Praxisräume an einen Kollegen zur Nutzung als Filiale wirft steuerrechtliche Fragen auf.

Es wird also eine Übergangszeit geben zwischen dem Inkrafttreten des Gesetzes und dem Zeitpunkt, wo wenigstens die meisten Aspekte seiner Umsetzung juristisch und verfahrenstechnisch geklärt sein werden. Wie lange dieser Zeitraum währen wird, vermag ich nicht zu prognostizieren. Als altvertrautes Steuerungsinstrument bleibt den Kassenärztlichen Vereinigungen derzeit nur der Honorarverteilungsvertrag.

FOLIE 7: OFFENE FRAGEN

Sie sehen hier eine Auswahl der wichtigsten Fragen, die derzeit für die Nutzung der neuen Möglichkeiten noch offen sind. Bei einigen dieser Fragen deuten sich Antworten bereits an, aber keine ist unumstritten. Die Abrechnungs- und Prüfungsfrage ist vielleicht von zentraler Bedeutung, da hier am stärksten spürbar wird, dass das VÄndG nicht mit den bestehenden Instrumenten abgebildet werden kann, weder der KVen noch der Krankenkassen. Wer hat welche Leistung mit welcher Genehmigung an welchem Ort mit welchem Honoraranspruch erbracht? Und hat er sie plausibel erbracht? Hat er sein Verordnungsvolumen eingehalten? Grundlegend ist aber auch die Frage, wie die Versorgungspflicht für den Ort der Zulassung und die zeitliche Befristung der Tätigkeit an weiteren Orten definiert wird. Welche zeitlichen Freiräume hat der Vertragsarzt, um die neuen Möglichkeiten zu nutzen? Oder die Frage eines Bedarfskriteriums für die Genehmigung von Zweigpraxen, aus dem Gesetz selbst leider nicht ableitbar. Oder die Frage, ob hälftige Versorgungsaufträge, auf die einer verzichtet, an einen anderen übertragen werden können.

FOLIE 8: NEUE ABRECHNUNGSSYSTEMATIK

Kurz vorstellen möchte ich Ihnen an dieser Stelle ein Konzept, das von der KBV entwickelt wird. Demnach rechnen Ärzte künftig über Betriebsstätten ab, die ggf. in Haupt- und Nebenbetriebsstätten gegliedert sind. Jeder einzelne Arzt erhält darüber hinaus eine unveränderbare, unverwechselbare Nummer, die ihn als Person kennzeichnet. Über die Zusammenführung beider Nummern kann die eben

dargestellte Frage – wer rechnet wo ab – beantwortet werden. Das ist allerdings auch mit hohem Aufwand verbunden. Wer innerhalb eines streng reglementierten Systems systemwidrige Freiheiten schafft, das System selbst aber bestehen lässt, produziert zwangsläufig einen immensen Verwaltungsaufwand. An dieser Stelle lehnt sich der Gesetzgeber aber in schöner Regelmäßigkeit zurück und zeigt auf die Selbstverwaltung, der er diese Lasten aufgebürdet hat. Diese muss zusehen, wie sie diesen zusätzlichen Aufwand schultert und wie sie den Anwender – den Arzt – nach Möglichkeit mit neuer Bürokratie verschont.

FOLIE 9: MEHR LEISTUNGEN, ABER NICHT MEHR GELD

Neben Rechtsunsicherheiten und neuer Bürokratie hat das Gesetz aus ärztlicher Sicht noch einen anderen Nachteil. Es schafft viele neue Möglichkeiten, Leistungen anzubieten. Doch diese Leistungen werden innerhalb des alten Budgets vergütet. Das bedeutet: jede zusätzliche Leistung auf Grund des VÄndG, ob im Ballungsraum oder in der Fläche erbracht, geht entweder zu Lasten des Arztes, der sie erbringt, oder zu Lasten des Fachgruppentopfes, spätestens aber zu Lasten der Gesamtvergütung. Mehr Leistungen erzeugen also nicht mehr Honorar, von Zugewinnen für einzelne abgesehen, sondern drücken den Leistungspreis.

Wenn also Wettbewerb entsteht, dann nicht um neue Kekse, sondern um den alten Kuchen. Dieser Wettbewerb trägt kannibalistische Züge.

FOLIE 10: ZUKUNFT DER BEDARFSPLANUNG?

Die Frage nach der Systemkompatibilität des VÄndG führt unmittelbar zur nächsten Frage: Was wird mittelfristig aus dem System der Bedarfsplanung? Mit allen ihren starren Mechanismen, die gleichzeitig dem einzelnen aber auch Schutz bietet? Und die großen Einfluss auf den Praxiswert hat? Zwar ist man vertragsarztrechtlich noch nicht so weit wie bei den Zahnärzten, wo Zulassungsbeschränkungen ab Anfang April aufgehoben sind. Aber im Gesetz wird zumindest angedacht, zu einer neuen Form der Versorgungssteuerung zu finden. Nämlich dann, wenn die Vergütung das Niederlassungsverhalten so sinnvoll steuert, dass auf eine Bedarfsplanung verzichtet werden kann. Hierzu soll das Gesundheitsministerium dem Bundestag im Jahr 2011 einen Bericht vorlegen.

Das ist zwar noch wenig konkret, lässt aber eine letztlich konsequente Linie erkennen. Der Gesetzgeber sieht im Idealfall durch Wettbewerb und mit den Möglichkeiten des VÄndG neue Strukturen ambulanter bzw. sektorübergreifender Versorgung entstehen, die in Verbindung mit einer am Versorgungsbedarf orientierten Vergütung Flächendeckung erreichen und die effizienter gesteuert werden können als eine Vielzahl von Kleinstunternehmen.

Aber was heißt das für den Arzt, der eine Praxis mit hohem finanziellen Risiko erwerben oder aber als festen Bestandteil seiner Alterssicherung veräußern will?

FOLIE 11: UMSETZUNG

Ich fasse jetzt zunächst zusammen, was die Umsetzung oder Anwendung der neuen gesetzlichen Möglichkeiten anbetrifft. Angesichts der fehlenden Betriebsanleitung gibt es hier keine Einheitlichkeit im Bundesgebiet. Die Meinungsbildung über das

VÄndG ist noch in vollem Gang, bei den Kassenärztlichen Vereinigungen und erst recht bei den Krankenkassen. Das ist notwendig auch ein Tast- und Suchprozess. In der Übergangsphase zwischen Inkrafttreten und klaren Anwendungsrichtlinien muss die Selbstverwaltung improvisieren. Dabei können verschiedene Strategien angewandt werden. Abwarten, bis Klarheit herrscht lautet das eine Extrem; auf Teufel komm raus umsetzen das andere. Wer abwartet, verbaut seiner Klientel möglicherweise Chancen oder Startvorteile. Wer vorprescht, muss zu einem späteren Zeitpunkt vielleicht zurückrudern und revidieren. Zielführend ist aus Sicht der KVWL ein Mittelweg, der vor allem die Perspektive des Anwenders einnimmt, also des Arztes. Information, Vorbereitung, Anregung, Unterstützung sind die Stichworte. Unter allen Umständen muss vermieden werden, dass Nachteile aus der Anwendung des neuen Rechts entstehen, weil sich die Verwaltungsebene nicht einig ist.

Anträge, die vom neuen Recht Gebrauch machen, können derzeit in drei grobe Kategorien eingeteilt werden:

1. Sofort beschlussfähig und umsetzbar
2. Beschlussfähig, aber mit Vorbehalt zu versehen
3. Noch nicht beschlussfähig, da zu viele Unklarheiten bestehen

Der letzte Fall bezieht sich vor allem auf KV-übergreifenden Konstellationen.

FOLIE 12: AUSWIRKUNGEN

Was bedeutet das Gesetz für den Arzt?

Das VÄndG verschärft den Wettbewerb und zwingt den Arzt, unternehmerisch zu denken, wenn er die Versorgung in Zukunft mitgestalten will, anstatt in Abhängigkeit anderer Kräfte zunehmend fremdgesteuert zu werden. Das mag nicht für jeden gleichermaßen gelten, sondern ist abhängig von der Fachgruppe und vom Umfeld. Sicher hat das VÄndG für Fachärzte eine andere Relevanz als für Hausärzte oder gar Psychotherapeuten.

Drei Tendenzen sind in dem Gesetz angelegt. Die Bedeutung der Einzelpraxis für die ambulante Versorgung wird abnehmen, größere Einheiten werden die Versorgungsrealität stärker bestimmen. Die Zahl der Freiberufler wird sinken, die der angestellten Ärzte steigen. Und schließlich wird das VÄndG sektorübergreifende Versorgungskonzepte fördern, bitte wertfrei verstanden.

Jeder Arzt ist gut beraten, Zeit zu investieren und sich mit diesem Thema für sich und seine Praxis auseinanderzusetzen. Es geht darum, Ziele zu formulieren und vielleicht auch neue Visionen zu entwickeln. Möchte man das Erreichte absichern oder möchte man wachsen und Initiative ergreifen? Wie groß ist der Handlungsdruck?

Aktuell tendieren viele Ihrer Kolleginnen und Kollegen dazu, das VÄndG ausschließlich unter dem Gesichtspunkt der Abrechnung zu interpretieren, was übrigens absolut verständlich ist. Die Leitfrage lautet entweder: Warum sollte ich zusätzlich etwas tun, wenn sich an meinem Budget nichts ändert und ich zeitlich

ohnehin voll ausgelastet bin? Oder: Wie kann ich meine Abrechnungsmöglichkeiten optimieren?

Beides ist vollkommen legitim, aber das VÄndG nur unter dem Gesichtspunkt der Optimierung des Honorars zu sehen, ist deutlich zu kurz gesprungen. Das funktioniert allenfalls kurzfristig.

Zielführender, aber auch deutlich schwieriger ist es, mittel- und langfristige Strategien zu entwickeln, den Markt zu analysieren, Auswirkungen des Wettbewerbs auf den Patientenstamm, die Marktposition und den Praxiswert abzuschätzen und über Wettbewerbsvorteile durch eine differenzierte Angebotsstruktur, durch besondere Qualität oder durch die Nutzung von Synergien nachzudenken.

Letzteres wird man kaum als Einzelner und im Alleingang bewältigen können. Das VÄndG nützt dem starken Verbund, nicht dem Einzelkämpfer.

Die Kassenärztliche Vereinigung hat dabei die Aufgabe, zu informieren, zu beraten und zu helfen, sinnvolle Visionen zu entwickeln. Den Niedergelassenen Wege aufzuzeigen, sich auch zukünftig gut auf dem Markt der ambulanten Versorgung zu behaupten, das ist meines Erachtens eine wohlverstandene und zielführende Interessenvertretung der Mitglieder.

FOLIE 13 (SCHLUSS)

Ich danke Ihnen für Ihre Aufmerksamkeit.

KVWL - Ansgar von der Osten - 02.03.2007