

**Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 17/1407**

Hausärzteverband Schleswig-Holstein

Dr. Thomas Maurer

Sozialausschuss
des Schleswig-Holsteinischen Landtags

28.10.2010

**Weitere Unterlagen zur mündlichen Stellungnahme am 28.10.2010 im
Sozialausschuss zu den Themen:**

- Verbesserung der Kooperation im Bereich der ambulanten Behandlung

Drs. 17/530 und 17/554

- Flächendeckende hausärztliche Versorgung sicherstellen

Drs. 17/261(neu) und 17/443

Herrn Professor
Dr. Dr. Karl Lauterbach, MdB
Sprecher der AG Gesundheit
SPD-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

26. Oktober 2010

Mehrausgaben bei der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

- Äußerungen des GKV-Spitzenverbandes in der Anhörung des Ausschusses
für Gesundheit am 25.10.2010 zum GKV-FinG, Block II

Sehr geehrter Herr Professor Lauterbach, *lieber Herr!*

wie Sie wissen, habe ich an der gestrigen öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit zum GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG) zum Themenblock II – Begrenzung der Ausgaben – als Einzelsachverständiger teilgenommen. Gegen Ende der Anhörung hat ein Vertreter des GKV-Spitzenverbandes auf die entsprechende Frage, inwieweit analog der Annahmen im Gesetzentwurf bei der Vergütung für die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) ohne Honorarbegrenzung auf das Regelleistungsniveau Mehrausgaben von rd. 500 Mio. EUR angesetzt werden könnten, ausgeführt, eine solche Zahl ließe sich anhand der höheren Vergütung für die Teilnehmer von bis zu 100 EUR addiert mit entsprechenden Einschreibezahlen von Versicherten durchaus relativ problemlos errechnen.

Leider bestand innerhalb der Anhörung keine Möglichkeit mehr, auf diese Aussage zu entgegnen. Ich wähle deshalb diesen Weg, um den Sachverhalt Ihnen gegenüber klarstellend zu adressieren.

Entgegen dem durch den Vertreter des GKV-Spitzenverbandes erweckten Eindruck, seiner Darstellung liege zumindest eine halbwegs seriöse Analyse zugrunde, rudert der GKV-Spitzenverband hier im Kaffeesatz. Die dargestellte Größenordnung von zusätzlichen Kosten i. H. v. 500 Mio. EUR für die betroffenen Krankenkassen ist reine Spekulation und hat mit seriöser Unterrichtung des federführenden Ausschusses für Gesundheit im Rahmen seiner Beratungen zum GKV-FinG-Entwurf nichts zu tun.

Im Gegenteil macht die Äußerung deutlich, dass von Seiten des GKV-Spitzenverbandes das für die HZV i. S. des geltenden § 73 b SGB V Wesenselement der Versorgungssteuerung durch einvernehmlich handelnde Vertragspartner weiterhin in keiner Weise antizipiert wird. Die unterstellten Mehrausgaben von 500 Mio. EUR wären nur dann abschließend nachvollziehbar, wenn vor Beginn des Vertrages eine zeitnah zu erreichende

Teilnehmerzahl, die konkrete Teilnehmerstruktur (Alter, Morbidität etc.) und die übergreifenden Effizienzgewinne realistisch prognostiziert werden könnten. Dabei wären dann im Weiteren eine für die Vertragsökonomie sowohl abträgliche Struktur (Teilnahme vornehmlich von „Gesunden“) als auch mangelhafte Effizienz zu unterstellen. Ein solches Szenario ist aber – wie das Beispiel des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg belegt – offenkundiger Unsinn. Die Ausführungen des Vertreters des GKV-Spitzenverbandes, die sich allein auf eine schlichte Rechenaufgabe beschränkten, verdeutlichen, dass weder die Komplexität der selektivvertraglichen Vorgehensweise noch die grundsätzliche Logik einer versorgungssteuernden Vertragsausrichtung durch freiwillig gemeinsam agierende Vertragspartner überhaupt intellektuell aufgenommen sind.

Versorgungssteuerung über wettbewerbliche Prozesse durch das einvernehmliche Handeln von freien Ärzteverbänden einerseits und einer Krankenkasse andererseits kann nur dann gelingen, wenn auch die vertragsschließende Krankenkasse ihre originäre Mitverantwortung erkennt und aktiv wahrnimmt – wie das insbesondere die AOK Baden-Württemberg seit längerem lebt. Dies hat unmittelbar zur Folge, dass die Vertragspartner – unabhängig von der Möglichkeit der freiwilligen Teilnahme für alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg – durch entsprechende konzertierte Ansprache die HZV-Teilnahme gerade derjenigen Versicherten unterstützen, die einer besonders intensiven Versorgung in der Hausarztpraxis bedürfen. Ausdruck dieses Bemühens ist insbesondere die annähernd doppelt so hohe Chronikerquote innerhalb des HZV-Vertrages in Baden-Württemberg im Vergleich zur Gesamtpopulation der AOK Baden-Württemberg. Auf diese Weise werden auch zeitnah Effizienzgewinne realisiert (rationale Pharmakotherapie, bewusste Facharztinanspruchnahme etc.), die zur Gegenfinanzierung der vergütungsmäßig abgebildeten hohen Versorgungsleistungen der Hausärzte in der HZV zwingend erforderlich sind.

Diesen strukturell-komplexen Zusammenhängen wird das schlichte Weltbild des GKV-Spitzenverbandes auch im Ansatz leider nicht gerecht. Hier wird lediglich der altbekannte Rahmen von Leistungserbringern hier und Kostenträgern dort recycelt. Der Kontext ist in meiner schriftlichen Stellungnahme zur Anhörung nochmals verdeutlicht. Ich würde mich freuen, wenn Sie den grundsätzlichen Versorgungswandel, den die HZV anstrebt, bei Ihren weiteren Überlegungen zur Änderung des § 73 b SGB V im Rahmen des GKV-FinG entsprechend berücksichtigen würden.

Gleichlautendes Schreiben geht an die gesundheitspolitischen Sprecher aller Bundestagsfraktionen. Der GKV-Spitzenverband erhält eine Kopie.

Für weitere Fragen und Informationen stehe ich selbstverständlich jederzeit gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. Christopher Hermann

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache
17(14)0074(47)
gel. ESV zur Anhörung am 25.10.
10_GKV-FinG_Block II
22.10.2010

Dr. Christopher Hermann

Heilbronner Straße 184
70191 Stuttgart

Telefon +49 711 2593-110

Telefax +49 711 2593-580

E-Mail:

dr.christopher.hermann@bw.aok.de

Frau

Dr. Carola Reimann, MdB
Deutscher Bundestag
Ausschuss für Gesundheit
Platz der Republik 1
11011 Berlin

SCHRIFTLICHE STELLUNGNAHME

von

Herrn Dr. Christopher Hermann

zum

Entwurf eines Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKVFinanzierungsgesetz – GKV-FinG)

anlässlich der

öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit
des Deutschen Bundestages
am 25. Oktober 2010 in Berlin.

Stuttgart, 22. Oktober 2010

1) Grundsätze

Mit § 73b SGB V ist bereits seit dem GRG 1989 eine gesetzgeberische Entwicklungslinie verbunden mit dem Ziel, die hausarztzentrierte Versorgung zu stärken. Dieses Ziel wird programmatisch weiterhin von politischen Parteien, Selbstverwaltungsorganen und substantiell namentlich vom Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen betont, um den Herausforderungen und Wandlungen in der medizinischen Versorgung in Zukunft gerecht werden zu können.

Aufgrund der beharrlichen Verweigerung der Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgaben sah sich der Gesetzgeber mit der aktuellen Fassung des § 73b SGB V durch das GKV- OrgWG veranlasst, den gesetzlichen Anspruch von Versicherten und Ärzten auf eine spezielle hausarztzentrierte Versorgung einzulösen. Die aktuelle Fassung kann somit als eine Reaktion auf das Versagen von großen Teilen der Selbstverwaltung und Aufsichten gesehen werden. Ein Eingriff, wie mit dem GKV-FinG vorgesehen, in die aktuelle Struktur und Dynamik der HZV-Entwicklung würde neben einer weiteren Verunsicherung in den Berufsperspektiven von Hausärzten vor allem erhebliche Wettbewerbsverzerrungen zwischen Krankenkassen für die Jahre 2011/2012 bewirken.

Es ist aus rechtssystematischer und ordnungspolitischer Perspektive in keiner Weise nachvollziehbar, warum gesetzeskonform handelnde Krankenkassen nun einen relativen Nachteil erleiden sollen, gegenüber Krankenkassen, die das SGB V offensichtlich lediglich in der Funktion eines „Ratgebers“ sehen. Die Benachteiligung erfolgt unmittelbar daraus, dass z.B. die AOK Baden-Württemberg im Rahmen der HZV in Absprache mit den Vertragspartnern massiv in den Aufbau verbesserter Qualifikationsstrukturen und interessenfreier Fortbildung investiert hat. In Baden-Württemberg hat dies mittlerweile zur flächendeckenden Etablierung von über 300 Qualitätszirkeln geführt, die datengestützt und mit externer professioneller Unterstützung hochengagiert arbeiten. Die Ergebnisse hieraus kommen allerdings allen Krankenkassen – zumindest in Teilen – zugute. Daraus ergibt sich zwingend entweder eine angemessene vergleichbare Finanzierungsbeteiligung anderer Krankenkassen (das heißt dauerhaft gleiche Rechtsgrundlage) oder das klaglose Akzeptieren, dass die Versorgung in den Praxen von Versicherten unterschiedlicher Krankenkassen auch differenziert ausfällt, etwa was die Annahme neuer Patienten oder die Intensität der Behandlung und Betreuung betrifft.

2) Bestandsschutz

Die AOK Baden-Württemberg hat sich im Vertrauen auf die Nachhaltigkeit des gesetzgeberischen Handelns bewusst entschieden, erhebliche finanzielle Mittel in die Stärkung der hausärztlichen Versorgung zu investieren. Das bedeutet eine nachdrücklich wettbewerblich ausgerichtete Strategieentscheidung. Hiermit völlig unvereinbar ist übrigens die willkürliche s.g. asymmetrische Vergütungssteigerung gem. § 87d Abs.2 SGB V idF des GKV-FinG, welche eine an einen als Referenzwert gesetzte fiktive „Anpassung des Behandlungsbedarfs“ von Versicherten regelt – entweder der Behandlungsbedarf war bzw. ist vorhanden oder eben nicht. Darüber hinaus stellt diese Regelung die in der Allgemeinen Begründung zum GKV-FinG hervorgehobene weitere wettbewerbliche Ausrichtung deutlich in Frage.

Eine Eingrenzung des Bestandsschutzes lediglich bis 31.12.2012 negiert massiv die Eigenverantwortung und Wettbewerbsorientierung von Krankenkassen. Insbesondere im Zusammenhang mit den Neuregelungen zum Zusatzbeitrag ist es systemimmanent im Interesse jeder Krankenkasse, keine unnötigen Ausgaben zu produzieren. Insofern ist die geltende Regelung ohne Anpassung durch das GKV-FinG im Gesamtkontext einer aktuellen Wettbewerbsgleichheit, der Stärkung der hausärztlichen Versorgungsebene insgesamt sowie dem bereits aufgrund des Koalitionsvertrags bestehenden Überprüfungsvorbehalt ab 2013 absolut ausreichend.

Die vorgesehene Änderung durch das GKV-FinG würde hingegen absehbar zu weiteren intensiven Rechts- und Bewertungsstreitigkeiten über die Angemessenheit der Vergütung und deren Refinanzierung führen, die alle Beteiligten davon abhalten würde, kreativ nach Verbesserungen in der Versorgung zu trachten. Eine objektive zielgenaue angemessene Vergütungshöhe aufsichtsrechtlich zu bewerten, wie dies im Rahmen des neuen Abs. 9 zu § 73 b SGB V geschehen soll, stößt insbesondere auf die absolute Schwierigkeit, dass dafür bereits zu Vertragsabschluss die spätere Teilnehmerstruktur und die zu erzielenden Effizienzgewinne bekannt sein müssten. Das sind jedoch Einschätzungen, wie sie nur einer unternehmerisch handelnden Krankenkasse zustehen oder eben – wenn diese dazu nicht in der Lage ist – einem Schiedsverfahren vorbehalten bleiben müssen.

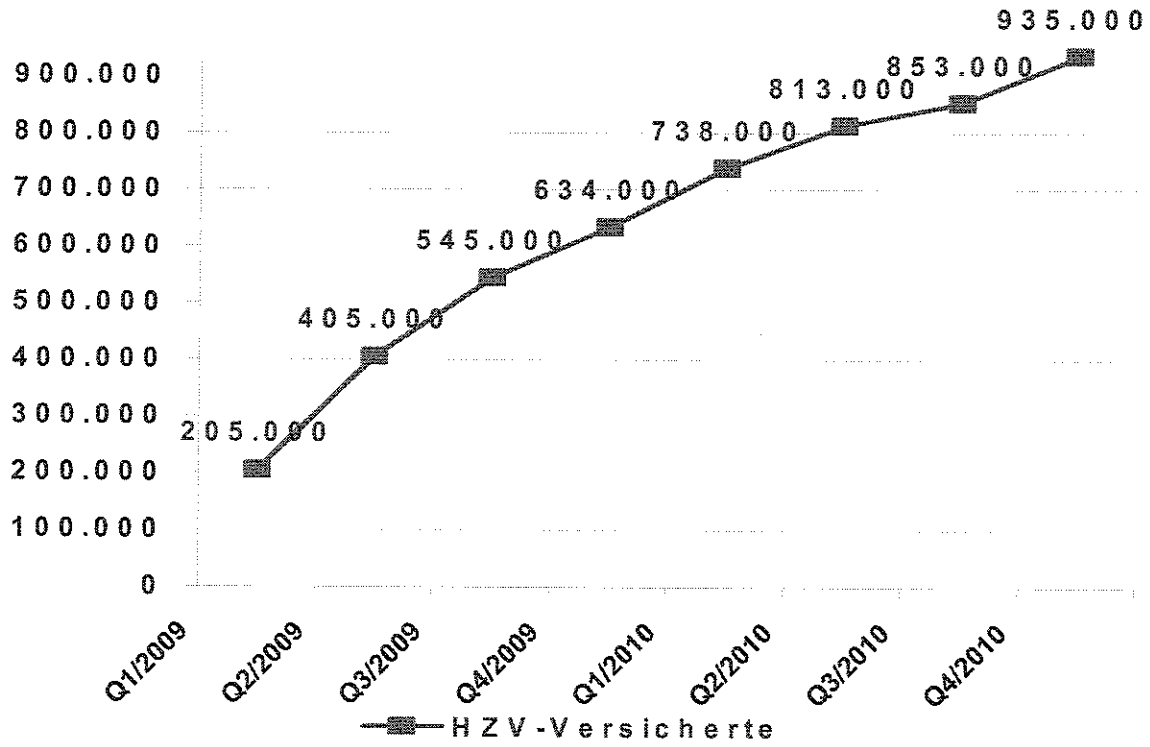
Hierbei steht natürlich auch die vertragschließende Krankenkasse in einer eigenständigen Verantwortung. Das GKV-FinG impliziert eine (althergebrachte) Logik, dass allein die ärztlichen Vertragspartner für das Erreichen von Effizienzzielen verantwortlich seien. Wird dies nicht bzw. nicht absehbar erreicht, schmälert dies automatisch deren Vergütung. Effizienzgewinne lassen sich aber nur gemeinsam durch die Vertragspartner erwirtschaften. Warum sollen Krankenkassen, die hier ihren Aufgaben nicht nachkommen wollen (oder können), dafür nunmehr vom Gesetzgeber belohnt werden, indem sie den Ärzten dann weniger Vergütung bezahlen müssen?

3) Ökonomische Bewertung und „Einsparziel 0,5 Mrd. EUR“

Es ist nicht ersichtlich, inwiefern eine behauptete Belastung aus HZV-Verträgen überhaupt in die im Gesetzentwurf prognostizierte Finanzlücke der GKV im Jahr 2011 in Höhe von 11 Mrd. EUR eingeflossen ist. Unabhängig davon erscheint das „HZV-Einsparziel“ des GKV-FinG i.H. von 0,5 Mrd. EUR ohnehin nicht realistisch. Eine entsprechende Mehrbelastung könnte nur dann entstehen, wenn zeitnah sowohl eine sehr hohe bundesweite Teilnahmequote und ungünstige Teilnehmerstruktur erreicht würde als auch gleichzeitig nur geringe Effizienzgewinne erwirtschaftet würden. Von beidem ist, wie das Beispiel der AOK Baden-Württemberg zeigt, nicht auszugehen.

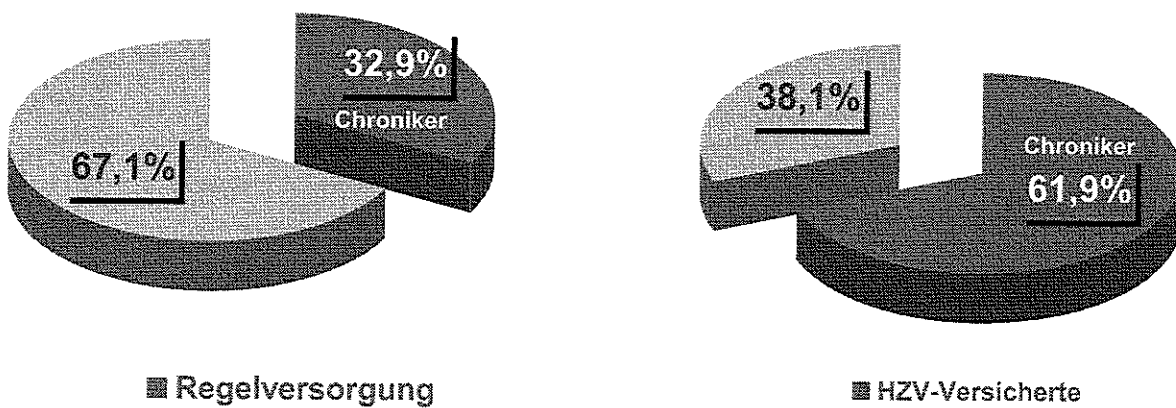
Die Entwicklung der teilnehmenden Versicherten an der HZV der AOK Baden-Württemberg zeigt eine kontinuierliche Steigerung, allerdings in einem leicht degressiven Verlauf. In einem Zeitraum von über 2 Jahren haben sich knapp ein Viertel aller Versicherten der AOK Baden-Württemberg für die HZV entschieden. Aufgrund der intensiven Beförderung durch alle Vertragspartner scheinen diese Werte jedoch kaum in die Fläche übertragbar.

Entwicklung teilnehmende Versicherte in der HZV



Der Anteil der chronisch Kranken in der HZV ist mit fast 62 % exorbitant höher als in der Regelversorgung. Dort liegt der Anteil nur bei knapp 33 %.

Chroniker-Anteile 2009



Deutliche Effizienzvorteile ergeben sich in der HZV bereits derzeit im Bereich der Arzneimittelversorgung. So konnte seit Mitte 2009 die Umsetzung der ausgeschriebenen Wirkstoffrabattverträge der AOK Baden-Württemberg innerhalb der HZV deutlich besser umgesetzt werden als in der Regelversorgung. Der Abstand zwischen HZV-Versorgung und Regelversorgung hat dabei kontinuierlich zugenommen und liegt im 2. Quartal 2010 bereits bei über 31%.

Abgabe von Rabattarzneimitteln aus Wirkstoffverträgen Juni 2009 bis Juni 2010

	Q2_2009 (Jun)	Q3_2009	Q4_2009	Q1_2010	Q2_2010
HZV-Teilnehmer	51,6%	65,1%	73,4%	75,4%	72,2%
Nicht-HZV-Teilnehmer	52,2%	57,8%	60,4%	58,8%	55,1%
Prozentualer Unterschied	-1,0%	12,6%	21,4%	28,2%	31,1%

Datengrundlage: Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg; einbezogen sind nur Verordnungen von Ärzten, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind. Der prozentuale Anteil bezieht sich auf die abgegebenen Packungen.

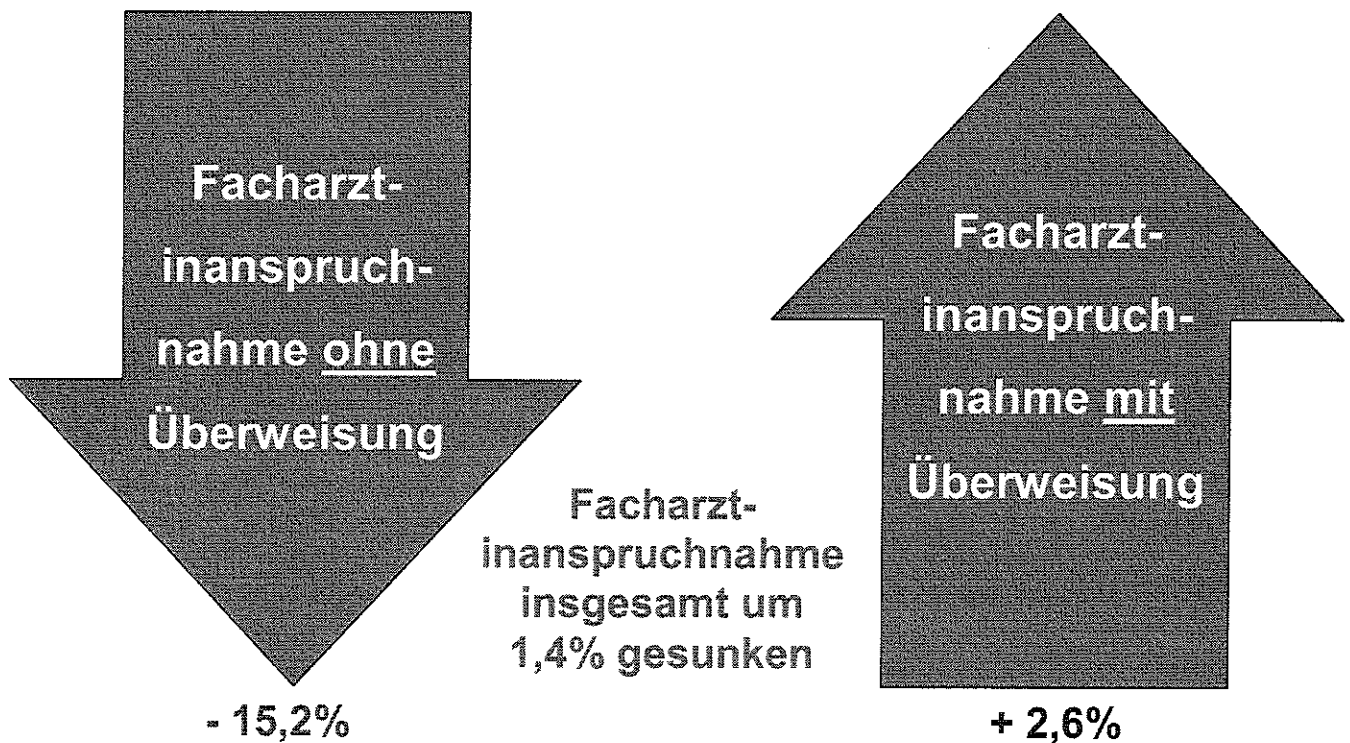
Sogenannte MeToo-Arzneimittel sind ein wesentlicher Treiber für die Ausgabenentwicklung in der GKV. Innerhalb der HZV konnte die Steigerung gegenüber der Entwicklung insgesamt zumindest abgeschwächt werden. Während sich der Anstieg bei der AOK Baden-Württemberg insgesamt im 1. Halbjahr 2010 gegenüber dem Vorjahreszeitraum auf 1,37 %-Punkte belief, betrug er innerhalb der HZV nur 0,73 %-Punkte.

	HZV		AOK BW	
	1. Hj. 2009	1. Hj. 2010	1. Hj. 2009	1. Hj. 2010
Anteil MeToo-Arzneimittel	16,36%	17,09%	15,71%	17,08%

Datengrundlage: Abrechnungsdaten der AOK Baden-Württemberg; einbezogen sind nur Verordnungen von Ärzten, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind. Der prozentuale Anteil bezieht sich auf die abgegebenen Packungen.

Die Hausarztzentrierte Versorgung soll durch eine besser gesteuerte Inanspruchnahme von Leistungen einen wichtigen Beitrag zur Effizienzsteigerung leisten. Die Inanspruchnahme von Fachärzten rückt dabei immer in den Fokus. Im Vergleich zur Situation vor der Einführung der HZV konnten auch hier bereits deutliche Veränderungen erreicht werden. Die ungesteuerte Inanspruchnahme von Fachärzten nahm bei den Versicherten, die im ganzen Jahr 2009 in der HZV eingeschrieben waren, gegenüber dem Jahr 2008 um über 15 % ab. Trotz einer Zunahme der (damit gesteuerten) Überweisungen zu Fachärzten hat die fachärztliche Inanspruchnahme durch diese Versicherten insgesamt um 1,4 % abgenommen.

Facharztinanspruchnahme von Versicherten, die 2009 durchgängig an der HZV teilgenommen haben



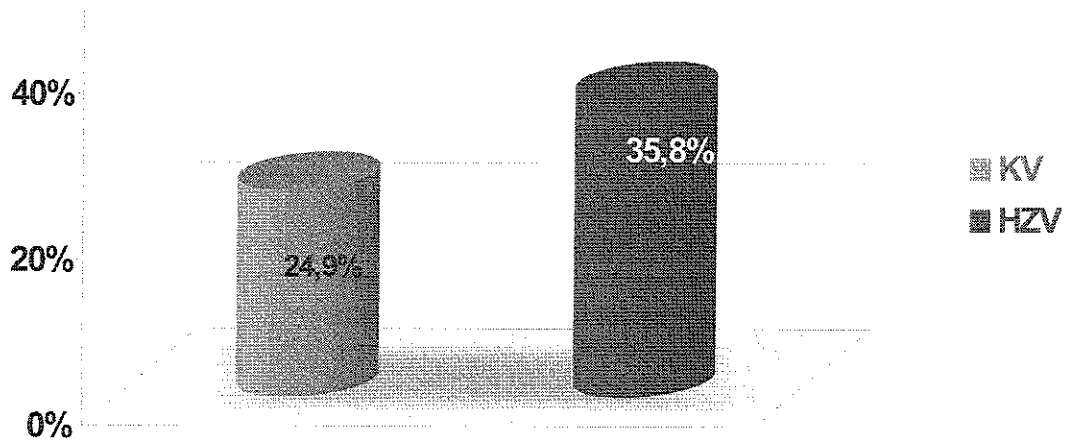
Herausgerechnet wurden die Facharztbesuche ohne Überweisungsschein bei Frauen- und Augenärzten sowie Laborärzte. Selektionsgrundlage sind HZV-Versicherte in Q1/2009, die in allen Quartalen 2009 eingeschrieben waren.

Darüber hinaus sei angemerkt, dass die durch die AOK Baden-Württemberg etablierte Verknüpfung der HZV mit Verträgen nach § 73c SGB V zu weiteren Effizienzgewinnen führen wird. Grundsätzlich beinhalten diese 73c-Verträge bereits eine Vergütungslogik der indikationsbezogenen Vergütungspauschalen. Damit wird auf der Ebene der Arztvergütung ein direkter Morbiditätsbezug hergestellt (d.h. weitere Ablösung von formal erbrachten Leistungen) und damit auch ein Anschluss an die morbiditätsorientierte Zuweisungslogik des Gesundheitsfonds geschaffen. Diese Form der zukunftsfähigen Arztvergütung im Rahmen einer integrierten Versorgungssteuerung ist untrennbar an die HZV gekoppelt; damit würde ein Infragestellen der HZV auch diese Ansätze unterbinden.

4) Versorgungsqualität

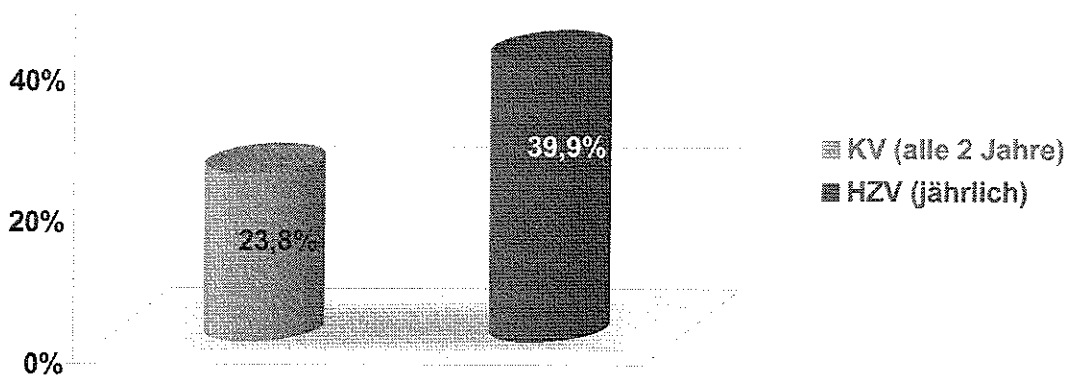
Mit der HZV wird entgegen vielen vorschnellen Behauptungen auch eine deutliche Steigerung der Versorgungsqualität erreicht. Präventionsleistungen werden bereits jetzt deutlich besser in Anspruch genommen als in der Regelversorgung. Sowohl beim Check-up (+ 68%) als auch bei Influenza-Schutzimpfungen (+ 44%) ist der Versorgungsgrad trotz pauschalierter Vergütung (aber Bonus für Erreichen von Versorgungszielen i.S. eines Pay-for-Performance-Ansatzes) markant höher als in der Regelversorgung.

Durchschnittliche Influenza-Impfquote ab 60 Jahren 2009



Basis 4. Quartal, in dem i.d.R. mehr als 2/3 dieser Impfungen stattfinden. In den Vergleich wurden so genannte Betriebsimpfungen nicht aufgenommen.

Durchschnittliche Check-Up-35-Quote 2009



Vergleich HZV-Teilnehmer zur KV-Versorgung

Darüber hinaus wurden auf der Grundlage des HZV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg zwischenzeitlich weit über 600 Medizinische Fachangestellte zur Versorgungsassistentin (Verah) qualifiziert. Deren besonderes Aufgabengebiet wird durch eine universitär angebundene Fortbildungskommission definiert und fortgeschrieben. Dadurch werden die allseits geforderten niederschweligen arztentlastenden Unterstützungsfunktionen und Teamstrukturen gerade für große Landarztpraxen umfassend etabliert.

5) Bereinigung

Die HZV-Umsetzung stößt von Anfang an auf massive Umsetzungsschwierigkeiten durch eine subtile administrative Verweigerungshaltung der sich von einer Auflösung des monopolistischen Selbstverwaltungsrahmens „bedroht“ fühlenden Akteure. Dies gilt insbesondere für das Thema der Bereinigung gem. § 73b Abs. 6 SGB V. Obwohl im SGB V an keiner Stelle geregelt, hat der (Erweiterte) Bewertungsausschuss für sich hier ein umfassendes Regulierungsrecht aus seiner Zuständigkeit für die Vorgaben zur Berechnung der Regelversorgungsvergütung abgeleitet. Für den Bereich der Festlegung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV), also der Finanzierungsebene zwischen Krankenkasse und Kassenärztlicher Vereinigung (KV), mag dies noch nachvollziehbar sein. Für die Ebene der Regelleistungsvolumina (RLV), also vornehmlich die Verteilungsebene zwischen KV und Arztpraxis, ist dies weder nachvollziehbar noch notwendig.

Sofern alle Eingriffe in die RLV-Ebene unterbleiben, ergibt sich jeweils binnen eines Teilnahmejahres eines Versicherten in einem Selektivvertrag ein selbstregulierendes System, indem sich schlicht die MGV je Arztgruppe und damit der Fallwert in der Kollektivversorgung entsprechend des Bereinigungsbetrages reduziert. Der (Erweiterte) Bewertungsausschuss hingegen hat in einem vielstufigen, langwierigen und klagebewehrten Beschlussverfahren eine extrem dichte und komplexe Regulierung geschaffen, die sich durch Konfliktpotential in der Umsetzung, hohen administrativen Aufwand und gleichwohl massive Benachteiligungen der an Selektivverträgen teilnehmenden Ärzte manifestiert. Festzuhalten ist auf der Grundlage des Beschlusses des EBA in seiner 17. Sitzung am 16.12.2009 insbesondere das folgende Ergebnis:

- ungelöste weil unpräzise bzw. praktisch nicht durchführbare Regelung zur MGV-Bereinigung bei KV-wohnort-übergreifender Bereinigung mit der Folge nahezu flächendeckender Klageverfahren
- praktisch unsinnige Vorlauf- und Meldefristen bei HZV-Teilnahme wg. ex-ante Berücksichtigung bei der RLV-Festlegung (Zeitfenster von Vertragsbeitritt bis praktischer Teilnahme von bis zu 5 Monaten); dennoch zumeist rückwirkende RLV-Korrektur, weil Beschlüsse und Umsetzung auf Landesebene mit den Forderungen nicht Schritt halten
- RLV-Bereinigungsumsetzung auf Landesebene ist gemeinsam und einheitlich vertraglich zu lösen. Damit wird ein Wettbewerbsthema (Selektivvertrag) in seiner weiteren administrativen Umsetzung – ordnungspolitisch völlig verfehlt – dem „gemeinsam und einheitlich“-Regelungsbereich zugeführt
- Eine willkürliche „Belastungsgrenze“ des Fallwerts in der Kollektivversorgung von 2,5 %, die jeglicher Logik entbehrt und individuelle regionale Sachlagen vollständig ignoriert, indem davon auf Landesebene nicht abgewichen werden darf
- Ungleichbehandlung von Ärzten, die am Selektivvertrag teilnehmen bzw. nicht teilnehmen bei der Fallzahlenanpassung, indem bei „Selektivärzten“ individuell gekürzt wird und bei „Kollektivärzten“ der Fallzahlrückgang über eine allgemeine Fallwertabsenkung sozialisiert wird

Nach derzeitigem Kenntnisstand zielen die jüngsten Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.10.2010 im Wesentlichen auf eine Fortsetzung der dargestellten Überregulierung und Benachteiligung der Selektivversorgung. Die Chronologie der Beschlüsse des Bewertungsausschusses (BA)/ Erweiterten Bewertungsausschusses (EBA) zur Bereinigungsproblematik im Rahmen von Selektivverträgen nach

§§ 73b, 73c und 140a ff. SGB V im historischen Zeitverlauf dokumentiert die Schwerfälligkeit und in hohen Anteilen „Verteidigungshaltung“ des monopolistischen Kollektivsystems.

Fazit:

Insgesamt drängt sich in der Bewertung des GKV-FinG zur Änderung des § 73b SGB V der Eindruck auf, als ginge es gerade nicht um die Behebung von Selektivvertragshemmnissen und die Förderung der hausärztlichen Versorgungsstruktur sondern vielmehr um ein Wiedererstarken der gemeinsam und einheitlich gepflegten gegenseitigen Handlungsblockaden und eine Restauration ordnungspolitisch überkommener monopolistischer KBV-Strukturen, die eine vermeintlich einfachere zentralstaatliche Einflussnahme absehbar erscheinen lassen, die wettbewerbliche Ausrichtung des GKV-Systems aber außer Sichtweite rücken. Wettbewerb und Wahlfreiheit erfordern Freiräume für die Beteiligten und Innovationskraft bei den Handelnden.