

**Statement Dr. med. Andreas Gassen,
Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (Zi)
und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV)**

**Zi-Forum „Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen – Definition und Messung“
Berlin, 26. Februar 2016**

Sehr geehrte Damen und Herren,

als Vorstandsvorsitzender des Zentralinstituts begrüße ich Sie heute herzlich zu dieser kurz gehaltenen Fachtagung.

Im Zentrum steht die Vorstellung des wissenschaftlichen Gutachtens zur Definition und Messung der Wirtschaftlichkeit von Arztpraxen von Herrn Prof. Jonas Schreyögg, Direktor des vom Bundesforschungsministerium geförderten *Hamburg Center for Health Economics* der Universität Hamburg und Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit.

Mit der Beauftragung dieses Gutachtens liefert das Zi einen methodischen Beitrag zu einer im Bewertungsausschuss seit langem kontrovers diskutierten Frage.

Jedes Jahr muss der Bewertungsausschuss über die Anpassung des Orientierungswerts entscheiden. Er hat dazu die Kostenentwicklung in den Praxen zu berücksichtigen. Und er muss beschließen, ob und ggf. in welcher Höhe sogenannte Kostendegressionen und Wirtschaftlichkeitsreserven in der vertragsärztlichen Versorgung festzustellen sind, die zugunsten der Krankenkassen berücksichtigt werden könnten.

Das Konzept der Kostendegression ist klar definiert. Es resultiert aus den sogenannten fixen Kosten, also Kostenanteilen, die unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistungsmenge existieren. Das sind z.B. Mieten für Praxisräume oder Gehälter für einen Mindestpersonalbestand. Mit steigender Leistungsmenge sinkt daher der rechnerisch durchschnittliche Kostenaufwand je Leistung. Bis zu dem Punkt, an dem etwa eine zusätzliche Mitarbeiterin eingestellt oder eine weitere Zweigstelle eröffnet wird. Ob und inwieweit Kostendegression tatsächlich vorliegt, kann empirisch überprüft werden.

Anders liegt der Fall bei den – wie es im Gesetz heißt – „Möglichkeiten zur Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven.“ Was genau ist hier gemeint?

Aus Sicht des Zi drängt sich der Eindruck auf, dass hiermit, im Vergleich zu den anderen im Gesetz genannten Kriterien, eine Art Joker formuliert wurde, den die Krankenkassen für Forderungen nach geringeren Zahlungen an Vertragsärzte nutzen können.

Für die Frage, wie der Begriff der Wirtschaftlichkeitsreserve zu verstehen ist, haben sich bisher vor allem die Krankenkassen interessiert. Die der Fachöffentlichkeit bekannte methodische Diskussion hierzu wurde bisher durch Studien der Prognos AG geprägt, die der GKV-Spitzenverband in Auftrag gegeben und in die Beratungen des Bewertungsausschusses eingebracht hat.

Das heute hier vorgestellte Gutachten hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung der zuständigen Arbeitsgruppe im Bewertungsausschuss bereits vorgelegt und dort wird es auch diskutiert. Deswegen geht es heute auch nicht um öffentliche Preisverhandlungen. Vielmehr wollen wir als Zi einen wichtigen *methodischen* Beitrag leisten. Deshalb ist diese Veranstaltung auch betont sachlich gehalten.

Trotzdem geht es um eine Frage von großer Tragweite. Folgt man den von Prognos vorgelegten Ansätzen, könnte deren Definition der Wirtschaftlichkeitsreserven zu Honorarkürzungen von bis zu zwei Milliarden Euro führen. Das sind ca. 6% der vertragsärztlichen Honorarsumme für ein Kalenderjahr.

Aus vertragsärztlicher Perspektive kann dies nicht als sachgerecht angesehen werden. Die Daten des Zi Praxis-Panels belegen vielmehr einen Nachholbedarf in den Gesamtvergütungen, der insbesondere auf einen Rückstand bei der Anpassung des kalkulatorischen Arztgehalts zurückgeführt werden kann.

Trotzdem müssen wir uns konstruktiv mit der Begrifflichkeit von Wirtschaftlichkeitsreserven auseinandersetzen.

Sprache – so heißt es – ist entscheidend für das Verständnis der Wirklichkeit. Aber oft verwenden wir im täglichen Sprachgebrauch und vor allem in Gesetzestexten abstrakte Begriffe, deren Bedeutung nur scheinbar offensichtlich aber bei näherer Betrachtung völlig unklar ist.

Wirtschaftlichkeit gehört zu diesen nur scheinbar eindeutig verständlichen Begriffen. Wie er definiert wird, kann für die Wirklichkeit der medizinischen Versorgung von entscheidender Bedeutung sein. Denn dieser Begriff ist eine der vielen Stellgrößen, durch die der faktische Wert einer vertragsärztlichen Leistung an einem bestimmten Standort in Deutschland bestimmt wird. Auf dieses Wert-Signal reagieren Vertragsärzte mittelfristig mit der Ausrichtung ihrer ärztlichen Tätigkeit. Man kann also sagen, Sprache ist nicht nur für das Verständnis, sondern auch für die Gestaltung der Wirklichkeit von Bedeutung. Deshalb müssen wir Klarheit darüber haben, wie der Begriff im Gesetz zu interpretieren ist. Gelingt dies nicht, sollte er gestrichen werden!

Die Fragestellung, über die wir heute reden, ist Bestandteil eines mittlerweile sehr komplexen Systems zur Gestaltung der Zahlungsflüsse an den Vertragsarzt. Grundlage ist die vor 10 Jahren mit Wirkung für 2009 im GKV Wettbewerbsstärkungsgesetz beschlossene Honorarreform. Die Ziele dieser Reform waren einfach: Abschaffung floatender Punktwerte und Einführung einer Euro-Gebührenordnung. Übernahme des Morbiditätsrisikos durch die Krankenkassen. Dazu sollten die einnahmeorientierten Honorarbudgets ersetzt werden durch eine sachlich begründete Mengensteuerung und eine sachbezogene Weiterentwicklung des Preises für ärztliche Leistungen.

So einfach dieses Konzept auf abstrakter Ebene sein mag, so komplex ist seine Umsetzung. Wie Sie sehen, stecken wir nach 10 Jahren immer noch in der Klärung methodischer Fragen.

Lassen Sie mich zur Einführung in die heutige Fragestellung noch ein wenig ausholen:

Die Euro-Gebührenordnung nach den Paragraphen 87 und 87a SGB V setzt sich aus folgenden Bestandteilen zusammen:

1. Dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab, der ein Leistungsverzeichnis und eine Bewertung der Leistungen in Punkten enthält. Diese Punktzahlbewertung berücksichtigt, wieviel Zeit- und Sachaufwand jeweils zur Erbringung der Leistung erwartet wird.
2. Dem Punktwert in Euro. Dieser muss von den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen auf Landesebene jährlich neu vereinbart werden. Grundlage ist der sogenannte Orientierungswert, eine Empfehlung des Bewertungsausschusses an die Vertragspartner auf Landesebene zur Wertentwicklung ärztlicher Leistungen.

Für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab gilt das Prinzip der betriebswirtschaftlichen Kalkulation. Das heißt, es wird der durchschnittlich mit der Erbringung einer Leistung durch eine entsprechend qualifizierte Praxis verbundene Zeit- und Sachaufwand ermittelt.

Das Prinzip der betriebswirtschaftlichen Kalkulation hat auch Geltung bei der Bestimmung bzw. Weiterentwicklung des Orientierungswerts. Der Gesetzgeber verlangt, dass die Veränderung des Betriebs- und Investitionsaufwands für die relevanten Kostenarten berücksichtigt wird. Ergeben sich im Zeitablauf gegenüber ursprünglichen Kostenansätzen Einsparungen, sind diese auch zu berücksichtigen. So etwa könnte man die Verweise des Gesetzgebers auf die sogenannten Wirtschaftlichkeitsreserven verstehen.

Ob darüber hinaus weitere Überlegungen maßgeblich sein können, muss kritisch hinterfragt werden. Denn der Gesetzestext verweist in § 87 Abs. 2g SGB V explizit darauf, dass Kostenentwicklung und Wirtschaftlichkeitsreserven nur insoweit Eingang in die Bestimmung des Orientierungswerts erhalten sollen, als diese nicht bereits im Einheitlichen Bewertungsmaßstab berücksichtigt worden sind.

Dies wirft die Frage auf, wie differenziert oder pauschaliert die Kostenentwicklung oder Wirtschaftlichkeitsreserven berücksichtigt werden müssen – und was jeweils im Sinne der Sicherstellung der ambulanten Versorgung sachgerecht und erstrebenswert ist.

Ist es sachgerecht, für alle Arztgruppen pauschal von einer hypothetischen 6%igen Wirtschaftlichkeitsreserve auszugehen oder wird dadurch das Prinzip der betriebswirtschaftlichen Kalkulation ad absurdum geführt? Würden dadurch Praxen unsachgemäß benachteiligt, die ihrem Versorgungsauftrag in Hochkostenregionen nachkommen oder aus anderen Gründen, etwa aufgrund von Qualitätsanforderungen der gemeinsamen Selbstverwaltung, ihre Kosten nicht beliebig reduzieren können? Müssen wir nicht nach Methoden suchen, die maximale Fairness der Gebührenordnung und Vermeidung unerwünschter Effekte auf die Versorgung garantieren?

Wenn die Methoden existieren, Wirtschaftlichkeitsreserven präziser und treffsicherer zu ermitteln, ist der Bewertungsausschuss dann nicht sogar verpflichtet, diesem Verfahren den Vorrang zu geben?

Dies sind die Fragen, die sich im Anschluss an den methodischen Vortrag von Herrn Prof. Schreyögg stellen. Mit diesen Fragen wird sich Herr Dr. Hess beschäftigen, dessen Vita ich in diesem Kreise nicht vorstellen muss. Er analysiert den Sachverhalt als Jurist und Mitautor des Kasseler Kommentars zu den Paragraphen 87 und 87a SGB V.

Im Anschluss werden die Experten unter Moderation von Prof. Günter Neubauer diskutieren. Hierbei wird auch Herr Dr. Klein, Hauptautor der bereits erwähnten Prognos-Studien, Gelegenheit zur Stellungnahme erhalten. Und ich freue mich besonders, dass Herr Prof. Wasem sich an dieser Diskussion beteiligt. Er ist heute nicht als Vorsitzender des Erweiterten Bewertungsausschusses hier, sondern als sachkundiger Gesundheitsökonom.

Sehr geehrte Damen und Herren, gerne können und sollen Sie sich auch in den Verlauf dieser Diskussion einbringen. Zum Abschluss laden wir Sie ein, sich mit einem kleinen Imbiss zu stärken und ggf. nicht ausreichend besprochene Fragen weiter zu diskutieren.

Damit wünsche ich dieser Veranstaltung viel Erfolg. Das Gutachten sowie den Vortrag von Herrn Dr. Hess werden Sie auf der Homepage des Zi finden. Auch die Diskussionsergebnisse dieser Tagung wird das Zi aufbereiten. Schließlich werden uns die Sachfragen angesichts der im Bewertungsausschuss vertretenen Interessenlagen nach bisherigen Erfahrungen noch länger begleiten.

Vielen Dank.