

GKV-Spitzenverband gefährdet mittels Gutachten des Prognos-Instituts zum Orientierungspunktwert die fachärztliche Honorierung und damit die Patientenversorgung! FAA-BY fordert den Bundesgesundheitsminister auf, die sachwidrige Verwendung von Mitgliedergeldern durch den Kassenspitzenverband zu beanstanden.

Die „pseudo-wissenschaftliche“ Aufmachung des Gutachtens soll darüber hinwegtäuschen, dass alle wesentlichen wohl vom Auftraggeber Spitzenverband Krankenkassen induzierten Annahmen abwegig sind und offensichtlich nur Desinformation zum strategischen Ziel haben. Dies wird ganz selbstverständlich mit den Sozialbeiträgen der ahnungslosen zahlenden Mitglieder und Unternehmen finanziert.

Aufschlussreich ist die vom **Prognos-Institut für das Gutachten dargelegte Arbeitsweise:**

- Zitat S. 6: „Dabei sollen die spezifischen Veränderungen der Anpassungs- bzw. Einflussfaktoren anhand von **empirischen Daten** und **plausibilisierten Annahmen** (u.a. Hochrechnungen auf Basis von Preisindizes) **modelliert** und die Auswirkungen auf den Orientierungswert sowie die Gesamtvergütung ermittelt werden“.

Vom GKV-Spitzenverband angenommene Einsparungen durch Kooperationen, effektives Praxismanagement, neue Gerätetechnologie usw. sollen eine Absenkung des ärztlichen Honorars rechtfertigen. Angebliche Rationalisierungseffekte durch „**höhere Stückgutabfertigung**“ in der Patientenversorgung nimmt das Gutachten als Begründung für die geforderte Honorarabsenkung. Weder in der Diagnostik wie z.B. in der Radiologie, Endoskopie, Sonographie, bei den Basisuntersuchungen noch bei sonstigen fachärztlichen Eingriffen im ambulanten Sektor sind delegierbare Leistungen die Regel bzw. Einsparungen belegbar; zusätzlich nehmen Aufklärung, Dokumentationen einen immer größeren Zeitrahmen ein, der im EBM nicht mehr abgebildet sind. Die mit Kooperationen einhergehenden langfristigen Finanzierungen werden damit unfinanzierbar. Unberücksichtigt bleiben dabei MVZs als Klinikportalstationen mit anderen Finanzierungswegen.

Wo Kompetenz und Bereitschaft zu belastbaren Versorgungskonzepten fehlen, versucht der Kassenspitzenverband mit Schätzometrie und einem selbst gestrickten Modell Transparenz zu suggerieren. Wo bleibt die Ausgleichszahlung für die von den Kassen genehmigten nahezu verdoppelten psychotherapeutischen Leistungen in der BRD? **Die Unterfinanzierung des fachärztlichen Sektors bleibt offensichtlich erklärtes Ziel des Kassenspitzenverbands.**

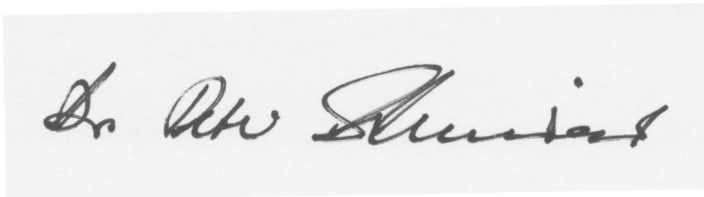
- Zitat S. 7: „ Daher ist es zur Bestimmung des Orientierungswertes notwendig, auf ein Modell zurückzugreifen, das die realen Entwicklungen annähernd abbildet und mit dessen Hilfe **Annahmen über unbekannte Größen und Zusammenhänge** transparent nachvollzogen und überprüft werden können“.

Aktionsbündnis Urologie (ABU)
Berufsverband der Augenärzte (BVA)
Berufsverband der Dermatologen (BVDD)
Berufsverband der Orthopäden und Unfallchirurgen (BVOU)
Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (BNG)
Berufsverband der niedergelassenen fachärztlich tätigen Internisten (BNFI)
Berufsverband der Nuklearmediziner (BDN)
Berufsverband der Radiologen (BDR)
Vereinigung psychotherapeutisch tätiger Kassenärzte (VPK)
Berufsverband niedergelassener Chirurgen (BNC) Oberfranken

Der GKV-Spitzenverband ist zu so viel Kreativität zu beglückwünschen.

Abschließend noch weitere Details zum „wissenschaftlichen“ Stellenwert des Prognos-Gutachtens:

- es wird eine Kostendegression durch Fallzahlsteigerung postuliert; unberücksichtigt bleibt, dass Fallzahlsteigerungen mit Überschreitung des RLV Volumens abgestaffelt vergütet werden
- es wird behauptet, dass die GKV das Arztlisiko nicht zu tragen hätte – dies widerspricht der bisherigen Bedarfsplanung, die durch Kassen und Vertragsärzte in den Zulassungsausschüssen gemeinsam erfolgt.
- ein jährliches Produktivitätswachstum von bis zu 1,5 % wird unterstellt auf S.6 – wie wird von Prognos die Produktivität in der Arztpraxis gemessen?
- Basis ist die unbereinigte Gesamtvergütung – Sachkosten (insbesondere Dialyse und ambulantes Operieren) werden als Honorar eingerechnet
- *Dabei wird jeweils unterstellt, dass bis auf die betrachtete Variable alle anderen Variablen auf dem Wert von 2008 verharren* – die Argumentation ceteris paribus mag für Modellrechnungen zutreffen, aber nicht in der Realität
- der Fixkosteneffekt durch die sinkende Anzahl der Einzelpraxen berücksichtigt nicht die zunehmende Anzahl der ÜBAG– hier tritt der Fixkosteneffekt nicht ein, da ja die Standorte der Einzelpraxen - auch aus Gründen der wohnortnahen Versorgung – erhalten bleiben.
- Eine Ausweitung der Leistungsmenge aufgrund gestiegener Patientennachfrage bzw. Leistungsbedarfs wird hier zum Nachteil für den Arzt, da behauptet wird, dass der Gewinn pro zusätzlichem Fall aufgrund der bereits bei 100% RLV Erfüllung vorliegenden Kostendeckung überproportional steige.
- Mit welcher Begründung sollen die Ärzte bei zunehmender Überalterung der Bevölkerung auf dem Niveau des Jahres 2008 festgeschrieben werden?



Dr. med Peter Schmied

1. Stv. Vorsitzender Facharzt-Allianz Bayern