

Anmerkungen der KVB zu den einzelnen „Info-Paketen“ des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) vom März 2009

	Seite
„Einkommenssituation der Ärztinnen und Ärzte“	1
„Informationen zur Grundstruktur der Reform der ärztlichen Vergütung am 1.1.2009“	3
„Informationen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems“	5
„Freie Leistungen nach derzeitiger Beschlusslage EBA“	6
„Kritik von Ärzten an den regionalen Honorarwirkungen der Vergütungsreform“	8

„Einkommenssituation der Ärztinnen und Ärzte“

Allgemeine zu der Darstellung des BMG:

- Die **Statistiken stammen aus verschiedensten Quellen und Jahren**, so dass sie nicht ohne weiteres im gleichen Kontext verwendbar sind.
- Ebenso werden **Begrifflichkeiten unterschiedlichster Art** eingeführt, wie z.B. Honorarumsätze, Einkommen, Praxisüberschuss, Reinertrag, anfallender Praxisaufwand, Betriebsausgaben, so dass die einzelnen Daten nur bedingt vergleichbar sind;
- Besonders wichtig: Die Ausführungen des BMG stellen die **Situation vor Inkrafttreten der Reform** dar, die von deutlich weniger Belastungen insbesondere süddeutscher Ärzte und Fachgruppen gekennzeichnet war.

1. Zunächst werden **Umsatzzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** aus dem Jahre 2007 präsentiert, die auf den ersten Blick für den Leser beeindruckend wirken. Umsatzzahlen sind aber völlig ungeeignet, um das „Einkommen“ der Ärzte zu erfassen: Sie sagen – alleine gestellt – über die Finanzsituation einer Praxis nichts aus, denn sie müssten in Relation zu den Kosten gesetzt werden. Eine Studie des *Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI)* aus dem Jahr 2001 zeigt, dass bei Radiologen beispielsweise bis zu 80 Prozent der Einnahmen für Betriebsausgaben wieder abgezogen werden müssen, im Schnitt aller Fachgruppen belaufen sich die Betriebsausgaben auf circa 55 Prozent der Einnahmen.¹
2. Um schließlich den **„Praxisüberschuss“** zu ermitteln, wird die soeben zitierte – jedoch **veraltete** – Erhebung des *Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland (ZI)* herangezogen, die sich auf Daten aus dem **Jahr 1999** bezieht. Unberücksichtigt bleiben dabei die gesamten Kostensteigerungen der vergangenen zehn Jahre – wie z. B. höhere Investitions-, Instandhaltungs- und Versicherungskosten durch Preissteigerungen, die Erhöhung der Mehrwertsteuer auf 19 Prozent, höhere Personalausgaben durch vier Tarifabschlüsse zwischen 1999 und 2009, betriebliche Altersvorsorge für das Personal und vieles mehr.
3. Um das „Einkommen“ der Ärzte über die hier strittige GKV-Vergütung hinaus anzureichern, wird in der Tabelle auf Seite 4 ein **„geschätzter“ Überschuss aus Privateinnahmen** – vorwiegend aus der privaten Krankenversicherung (PKV) – „hinzugerechnet“. Eine solche „Schätzung“ wäre, auch wenn sie belastbare Zah-

¹ Quelle: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland: „Kostenstrukturanalyse in der ärztlichen und psychotherapeutischen Vertragspraxis 2001; S.5, vgl. <http://www.zi-berlin.de/> (Rubrik: Gesundheitsökonomie/Wirtschaftlichkeit der Arztpraxis/Downloads).

len² vorweisen würde, nicht aussagekräftig, da Durchschnittswerte in diesem Bereich an der Realität vorbeigehen. Die Schwankungsbreite der Privateinnahmen ist extrem groß. Sehr viele Praxen können so gut wie keine Privateinnahmen verbuchen, z. B. auf dem Land oder in sozial schwachen Stadtteilen. Um die Versorgung gerade in diesen Bereichen weiter aufrecht erhalten zu können, muss auch diesen Praxen ein angemessener GKV-Umsatz und den Ärzten daraus ein angemessenes Einkommen erwachsen. Deshalb muss es den Praxen möglich sein, alleine mit dem Honorar der GKV wirtschaftlich zu arbeiten.

4. Schließlich zieht das BMG einen **Vergleich mit der Einkommenssituation anderer freier Berufe** auf Basis einer Statistik aus dem Jahr 2004. Dabei kommt es zu dem Ergebnis, dass die „niedergelassenen Ärzte zu den Freiberuflern mit den höchsten durchschnittlichen Einkünften aus freiberuflicher Tätigkeit“ gehören. Der Arzt wird damit als „Spitzenverdiener“ dargestellt. Dabei wird völlig außer Acht gelassen, dass die Investitionskosten und damit die persönlich aufgenommenen Kredite eines Arztes nicht mit denen eines Steuerberaters, Rechtsanwaltes, Architekten usw. vergleichbar sind. Ein Rechtsanwalt benötigt ein Büro samt Schreibkraft, ein Sekretariat und eine Computerausstattung – der Steuerberater noch zusätzliches Personal. Weitere Investitionskosten fallen in der Regel nicht an. Alle diese Ausgaben treffen auch einen Arzt bei Gründung bzw. Übernahme einer Praxis. Darüber hinaus hat er aber noch zusätzliche finanzielle Mittel aufzubringen, zum Beispiel bei der Übernahme einer bestehenden Praxis einen sehr hohen Kaufpreis, insbesondere wenn sich diese im gesperrten Planungsbereich befindet. Hinzu kommen bei den Ärzten Investitionen in Geräte und besondere bauliche Maßnahmen. Die Gründung einer Arztpraxis ist deshalb mit einer hohen Kreditaufnahme und einer persönlichen Verschuldung des Praxisinhabers verbunden, um die Praxis sowie die Praxisausstattung – oft mit teuren technischen Geräten – zu erwerben. Die praxisbezogenen Schuldzinsen gehören zwar zu den Betriebsausgaben, nicht aber die Tilgung der Kredite
5. Bei der „Entwicklung der Arztzahlen und Ärztedichte“ wirft das BMG zunächst stationär, ambulant und sonstig tätige Ärzte in einen Topf. Von der Honorarreform und den damit verbundenen Umverteilungen sind aber einzig und allein die niedergelassenen, ambulant tätigen Ärzte betroffen. Der Satz „Seit 1990 ist die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte sogar um fast 50 Prozent gewachsen.“ lässt leider unerwähnt, dass am 03.10.1990 die Wiedervereinigung Deutschlands stattfand, so dass sich das Gesundheitswesen im Osten erst neu gestaltete.
6. Bei dem EU-15-Länder-Vergleich bezüglich der Facharztdichte fehlen die Quellen- und Jahresangaben.

² Auf Seite 5 heißt es hierzu: „Pro niedergelassenem Arzt ergeben sich hieraus PKV-Durchschnittsausgaben von rd. 33.100 Euro im Jahr 2007. Hierbei sind die Erstattungen aus der Beihilfe noch nicht mitberücksichtigt, die zusätzlich die Einkünfte der Leistungserbringer erhöhen. **Damit liegen die durchschnittlichen Einnahmen niedergelassener Ärzte allein aus Privatliquidation bereits höher als das durchschnittliche Einkommen sozialpflichtig Beschäftigter.**“

„Informationen zur Grundstruktur der Reform der ärztlichen Vergütung am 1.1.2009“

1. Zunächst schreibt das BMG, ein Arzt wisse bereits „während der Behandlung, wie viel seine Leistung **grundsätzlich** [Hervorhebung durch den Autor] wert ist“. Das ist **grundsätzlich** richtig mit Blick auf den Preis der Euro-Gebührenordnung. Überschreitet er jedoch sein ihm vorab zugewiesenes Regelleistungsvolumen (abhängig von Fallwert pro Arztgruppe und individueller Fallzahl aus dem Vorjahresquartal), erhält er nur noch einen abgestaffelten Preis. **Somit weiß ein Arzt zwar, wie viel seine Leistung grundsätzlich wert ist, bekommt jedoch möglicherweise nur einen Bruchteil davon letztendlich bezahlt.**
2. Zum RLV schreibt das BMG, dass es ein Instrument der Mengensteuerung sei, um zu verhindern, dass medizinisch unnötige Leistungen erbracht werden. Fakt ist, dass durch diesen Mechanismus **viele (vor allem Fach-)Ärzte medizinisch notwendige Leistungen aus Verantwortungsgefühl ihren Patienten gegenüber (fast) umsonst erbringen.**

Beispiel: Für die Abklärung eines „roten Auges“ führt ein Augenarzt – gemäß der offiziellen Behandlungsleitlinien! – verschiedene Untersuchungen durch, um herauszufinden, ob es sich zum Beispiel um eine „Regenbogenhautentzündung“ handelt. Dabei erbringt der Arzt auf Basis der *grundsätzlich* bekannten Preise Leistungen im Wert von über 90 Euro – nach der neuen Honorarordnung stehen ihm pro Patient aber nur Ausgaben in Höhe des RLV-Fallwerts von 21 Euro zur Verfügung. Darüber hinaus erbrachte Leistungen werden höchstwahrscheinlich stark abgestaffelt, wenn der Arzt nicht bei anderen Patienten äußerst wenige Leistungen erbringt, und dort „Budget einspart“. Für eine leitliniengerechte Diagnostik hat der Arzt dem Patienten sozusagen Leistungen im Wert von knapp 70 Euro sogar geschenkt – es sei denn er hat so viele „fast gesunde“ Patienten, bei denen er nur ganz „billige“ Leistungen erbringt – zum Beispiel das Ausstellen eines Folgerezeptes. Für den Arzt ist es quasi eine Art „Mischkalkulation“. Vor allem wenn er viele Kranke mit kostenintensiven Behandlungsbedarf hat, entsteht ihm daraus ein finanzieller Nachteil. Das sollte aber im Interesse einer guten Patientenversorgung nicht so sein.

3. Weiter heißt es, die Einnahmen aus so genannten „freien Leistungen“ machen zum Teil einen erheblichen Teil der ärztlichen Honorare aus. Es ist richtig, dass bei einigen Fachgruppen der Anteil freier Leistungen einen erheblichen Teil der Honorare darstellt. **Aber es gibt auch viele Arztgruppen, die gar keine freien Leistungen haben bzw. bei denen sich die freien Leistungen auf Porto- oder Sachkostenpauschalen beschränken – beispielsweise Nervenärzte und Neurologen.**

Aber auch bei Fachgruppen, die grundsätzlich freie Leistungen erbringen können, sind Durchschnittsangaben über den Anteil am Gesamthonorar nicht aussagekräftig. **Denn es kommt gerade bei diesen Fachgruppen zu großen Unterschieden innerhalb der Fachgruppe.** Abhängig von Praxisstruktur und Leistungsspektrum schwankt der RLV-Anteil (und damit entsprechend der Anteil freier

Leistungen) zum Teil erheblich. Das Ergebnis: Obwohl eine Fachgruppe grundsätzlich freie Leistungen abrechnen kann, gibt es viele Fachärzte, auf die aufgrund ihrer Praxisstruktur massive Honorarverluste zukommen.

Beispiel: Der Darstellung des BMG zufolge werden beispielsweise die Honoraranteile bei Augenärzten, die nicht dem RLV unterliegen, auf über 40 Prozent geschätzt. Analysen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) haben jedoch gezeigt, dass man innerhalb der Fachgruppe unbedingt weiter differenzieren muss. Insgesamt bewegt sich der RLV-Anteil am Gesamthonorar der Augenärzte beispielsweise zwischen 0 und 90 Prozent. So hat ein

- „großer Operateur“ einen RLV-Anteil zwischen 0 und 60 Prozent,
- ein „kleiner Operateur“ zwischen 40 und 90 Prozent und
- konservativ tätiger Augenarzt zwischen 70 und 90 Prozent.

„Informationen zur Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems“

1. Die Einführung eines bundesweit einheitlichen Orientierungspunktwertes von 3,5001 Cent hat mit dazu beigetragen, dass **zwar mehr Geld im System vorhanden ist – es aber dennoch viele „Verlierer“ gibt**. Die KVB hat, wie jede andere KV auch – aber möglicherweise mit mehr Nachdruck – in den vergangenen Jahrzehnten ein ausdifferenziertes Preissystem für ärztliche Leistungen entwickelt. Vor der Reform lagen Punktwerte (ohne Abstufungen) für einzelne Leistungen zwischen 1,80 und 5,11 Cent, weil durch regionale Verträge besondere Versorgungsstrukturen, Leistungen und Qualität gefördert wurden. Durch die bundesweite Angleichung des Punktwertes wurden die bisher geförderten, oft qualitätsgesicherten Leistungen abgewertet, und insbesondere automatisierbare Routineleistungen, die häufig auch ohne Patientenkontakt ablaufen, aufgewertet. Hinzu kommt, dass mit dem aktuellen Finanzvolumen für das Gesundheitswesen eine komplette Honorierung der ambulanten Leistungen mit einem Punktwert in Höhe von 5,11 Cent nicht finanzierbar ist, obwohl dieser die Kalkulationsbasis für die Gebührenordnung (den EBM) war. Wir sehen daher als einzige Lösung, wieder Differenzierungen unter Qualitätsgesichtspunkten durch die regionale Ebene zu ermöglichen.

2. Weiter appelliert das BMG an die regionalen Vertragspartner, gemeinsam und in einem transparenten Verfahren die alten und neuen Spielräume zeitnah und sachgerecht zu nutzen, welche sich aus den Vorgaben der Bundesebene ergeben „und darauf hinzuwirken, dass überproportionale Honorarverwerfungen vermieden werden“.

Behindernd wirkt sich dabei aus, dass es sowohl auf Bundesebene als auch auf der Ebene der regionalen Kollektivverträge aufgrund der letzten Gesundheitsreform für 2009 erstmalig notwendig ist, dass alle Entscheidungen durch die **Kassenseite „gemeinsam und einheitlich“** erfolgen müssen. Gemeinsames Ziel der Kassen ist es dabei, nur geringe Ausgaben im Kollektivvertrag zuzulassen, zumal auch viele Kassen unter den Reformbedingungen leiden. Neutrale Entscheidungsträger in den Schiedsämtern oder im Erweiterten Bewertungsausschuss sehen die enge Finanzlage der bedrohten Kassen und entscheiden sich deswegen oftmals für diese restriktive Haltung. Dies hat sich in den Schiedsergebnissen der vergangenen Verhandlungsrunde in Bayern deutlich gezeigt.

Handlungsspielräume, die finanzstärkere Kassen durchaus haben, werden durch den Zwang zum „gemeinsamen und einheitlichen Agieren“ im Kollektivvertrag nicht mehr ausgeschöpft. **Wir sehen daher die Verpflichtung zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln der Kassen als die Hauptursache für nicht mehr vorhandene Handlungsspielräume auf regionaler Ebene an.** Die Darstellung des BMG, dass das Gesetz zahlreiche regionale Handlungsspielräume aufweist, ist somit zwar formal korrekt, aber in der Praxis völlig anders zu werten. Das ist umso bedauerlicher, da in Bayern auch zahlreiche Ansätze zur qualitätsabhängigen Vergütung diesem Zwang zum einheitlichen und gemeinsamen Handeln der Kassen zum Opfer gefallen sind. Man kann also hier von einer **Verschlechterung der Versorgungssituation** ausgehen.

„Freie Leistungen nach derzeitiger Beschlusslage EBA“

1. In diesem Dokument geht das BMG auf die „freien Leistungen“ innerhalb und außerhalb der so genannten „morbiditätsorientierten Gesamtvergütung“ (kurz: mGV) sowie auf sonstige Vereinbarungen der regionalen Vertragspartner (die nicht unter die RLV fallen) ein. Wichtig ist dabei, wer das sog. „Mengenrisiko“ trägt. Dabei geht es darum, wer gegebenenfalls zusätzlich notwendige Gelder bei einem Leistungsmengenanstieg zur Verfügung stellen muss bzw. ob auf die Vergütung für erbrachte Leistungen verzichtet werden muss. Grundsätzlich müssen im Kollektivvertrag drei Arten unterschieden werden, wobei die unter b) und c) beschriebenen Leistungen ein Risiko für die KVen und somit die Ärzteschaft darstellen, während nur a) das Morbiditätsrisiko klar den Kassen zuweist - was eigentlich erklärtes Ziel der Gesundheitsreform war.

a) Freie Leistungen außerhalb der mGV

Wie vom BMG dargestellt, liegt hier das Mengenrisiko bei den Krankenkassen. Das bedeutet, dass sie einen Leistungsmengenanstieg finanzieren müssten.

b) Freie Leistungen innerhalb der mGV

Hier liegt – wie vom BMG dargestellt – das **Mengenrisiko bei den KVen und damit der gesamten Ärzteschaft**. Der Leistungsmengenanstieg muss aus der Gesamtvergütung finanziert werden. Sollten die Ärzte also beispielsweise im ersten Quartal 2009 wesentlich mehr „freie Leistungen“ der Kategorie „innerhalb der mGV“ erbracht haben, müssen die KVen das Geld hierfür woanders „abzwacken“. Eine Mengensteigerung der freien Leistungen innerhalb der mGV wird somit zu einem echten Problem, da die KVen für die Ausschüttung dieser Honoraranteile Gelder zurückstellen müssen, die bei der Zuweisung der Regelleistungsvolumina an die Ärzte dann fehlen – Folge: Die Regelleistungsvolumen werden geringer.

c) Leistungen im Rahmen der Regelleistungsvolumina

Hier liegt das **Mengenrisiko allein beim Arzt**. Er bekommt pro Patient einen fachgruppenabhängigen RLV-Fallwert zugewiesen und eine Fallzahl (abhängig von der Anzahl der behandelten Fälle des Vorjahresquartals). Das Produkt aus beiden ergibt die abrechenbaren Leistungen. Hat er ein überdurchschnittlich behandlungsbedürftiges oder zu großes Patienten-klientel, bekommt er erhebliche Teile seiner Leistungen nur noch abgestaffelt vergütet

2. Selektivverträge

Während bei den „freien Leistungen“ das Mengenrisiko eindeutig zugeordnet ist (und im Falle der freien Leistungen innerhalb der mGV problematisch werden könnte) ist die Verantwortung bei so genannten „Selektivverträgen“ derzeit praktisch ungeklärt. Die Krankenkassen versuchen nach unseren Erfahrungen zunehmend, im Rahmen der Vertragsschlüsse das Risiko auf ihre Vertragspartner, die Ärzte zu übertragen. Generell sind sie derzeit sehr restriktiv was den Abschluss von Selektivverträgen anbelangt. Meist fordern sie finanzneutrale Lösun-

gen und selbst einer Gegenfinanzierung von Honoraren im ambulanten Bereich durch Einsparungen bei Arzneimitteln oder im stationären Sektor stehen sie nach unserer Beobachtung derzeit kritisch gegenüber – es sei denn, sie erhalten überdurchschnittliche Zuweisungen aus dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (M-RSA) oder werden durch gesetzliche Vorgaben (§ 73b SGB V in der Fassung des GKV-OrgWG) zum Vertragsschluss gezwungen.

Völlig ungeklärt sind zudem derzeit noch die Modalitäten der so genannten „Bereinigung“ der Gesamtvergütung. Bereinigung meint hier die Reduktion der Zahlungen der Kassen an die KVen um jene Beträge, die in Selektivverträgen verwendet werden. Die gesetzlichen Regelungen sind äußerst vage gehalten, die Verantwortung in dieser zentral wichtigen Frage wird vom BMG der Selbstverwaltung zugewiesen. Es gibt mittlerweile zwar zwei Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses zu dieser Fragestellung,

- der erste dieser Beschlüsse besagt aber nur, dass sich die Partner der Gesamtverträge (also wiederum auf Kassenseite gemeinsam und einheitlich!) über die Bereinigung der Selektivverträge (Abschluss einzelner Kassen mit einzelnen Leistungserbringer(gruppe)n!) einigen müssen,
- der zweite wird von der KBV formal wie inhaltlich beklagt.

Im Extremfall, gegen den sich die KVen derzeit vehement stellen, könnte es sogar so weit kommen, dass jegliche Gelder, die im Selektivvertrag ausgezahlt werden, im Kollektivvertrag entfallen und eingespart werden müssen. Ob unter derartigen Bedingungen eine funktionierende Gesundheitsversorgung im Kollektivvertrag noch überleben kann, erscheint höchst fraglich. Kritisch ist hier besonders, dass für sämtliche in 2009 laufenden Selektivverträge die Frage der Bereinigung noch nicht geklärt ist. Hier besteht also sowohl für die KVen (und somit die Ärzteschaft) als auch für die Krankenkassen ein extrem hohes Risiko, das auch von der Politik nicht unterschätzt werden sollte.

„Kritik von Ärzten an den regionalen Honorarwirkungen der Vergütungsreform“

1. In dem Dokument heißt es, dass dem BMG keine Simulationen vorliegen, aus dem die Auswirkungen auf einzelne Fachgruppen hervorgehen. Das mag wohl für das BMG gelten, die KVB hat jedoch bereits zum Jahreswechsel 2009 Simulationen über die Auswirkungen der Honorarreform für die Arztgruppen auf Praxisebene veröffentlicht. Da diese im Internetauftritt der KVB verfügbar sind, sind Sie natürlich auch für das BMG zugänglich. Selbstverständlich sind diese Simulationen in ihrer Validität keinesfalls mit echten Abrechnungsergebnissen zu vergleichen, da sie weder Einzelanträge der Praxen auf den Ausgleich von Praxisbesonderheiten, noch Verhaltensänderungen der Praxen in ihrem Leistungsangebot aufgrund der Honorarreform berücksichtigen können. Insgesamt können jedoch drei Gruppen differenziert werden:
 - „Verlierer“-Fachgruppen, also Fachgruppen, die grundsätzlich verlieren – unabhängig von der Praxisstruktur (Beispiel: Neurologen)
 - „Gemischte“ Fachgruppen (also Fachgruppen, in denen die Praxisstruktur (z.B. konservative Tätigkeit versus hauptsächlich operativ tätig) darüber entscheidet, ob ein Arzt möglicherweise „gewinnt“ oder mit massiven Verlusten rechnen muss (Beispiel: Gynäkologen, Radiologen, Orthopäden)
 - „Gewinner“-Fachgruppen, also Fachgruppen, die grundsätzlich gewinnen (Beispiel: Laborärzte)

Die Simulationen zeigen, dass ohne massive Stützungsmaßnahmen der KVB in vielen Arztgruppen ein erheblicher Anteil der Praxen mit deutlich zweistelligen Umsatzeinbußen zu rechnen hätte. Dabei ist die KVB jedoch in der Zwickmühle: Um für derartige Stützungsmaßnahmen Mittel zu haben, müssen Rückstellungen in immer größerer Höhe gebildet werden, die dann wiederum nicht mehr für die Zuweisung der RLV zur Verfügung stehen, was wiederum zu weiteren Umsatzeinbußen in der Regeltätigkeit der Ärzte führt.

2. Weiter heißt es, dass es gerade zu Beginn der Umsetzung eines solch grundlegenden Reformvorhabens zu „Fehlern und Schief lagen“ kommen kann, welche Schritt für Schritt zu beseitigen sein werden: „Es handelt sich also um ein „lernendes System“ welches im Jahr 2009 von Quartal zu Quartal besser funktionieren dürfte.“ Es ist zu begrüßen, dass das BMG „Fehler und Schief lagen“ anerkennt. Die KVB hat mit ihrer Kampagne „Gesundheitsfonds – So nicht!“ (mit 350.000 Unterstützer-Unterschriften) vor diesen schwerwiegenden Folgen für die ambulante medizinische Versorgung bereits frühzeitig gewarnt.

Um jetzt die Honorarverwerfungen zwischen den Fachgruppen ausgleichen zu können, sind rechtssichere regionale Handlungsspielräume gefordert. Das beinhaltet insbesondere die Möglichkeit, auch mit einzelnen Krankenkassen bzw. Kassenverbänden gesamtvertragliche Regelungen abschließen zu können, was aktuell durch den Zwang zu „gemeinsamen und einheitlichen“ Auftreten der Kassenseite nicht gegeben ist. Regionale Spielräume müssen beispielsweise die Förderung bestimmter Leistungen durch Zuschläge zum Orientierungswert, die Herausnahme von Leistungen aus dem RLV sowie die Steuerung freier Leistungen

durch Punktwertabschläge oder Quotierungen umfassen. Dafür sind rechtssichere Grundlagen zu schaffen, die das rechtliche und damit finanzielle Risiko der Kassenärztlichen Vereinigungen begrenzen. Nur dann kann verhindert werden, dass sich die qualitativ hochwertige wohnortnahe Versorgung in Bayern deutlich verschlechtert. Vor allem die Praxen vieler Fachärzte sind existenziell bedroht. Die derzeit propagierte Konvergenzregelung, die vorsieht, dass alle Umsatzeinbußen bis Ende 2010 auf max. 5 Prozent begrenzt werden, kann Probleme nur abfedern und aufschieben, nicht jedoch lösen. Hinzu kommt, dass die Rechtssicherheit der Umsetzung nicht zweifelsfrei gegeben ist. Unser Fazit lautet: Ein Flickwerk zur Stützung einer gescheiterten Reform verbessert die Situation nur marginal.

3. „Da es nach der Simulation des Instituts des Bewertungsausschusses (InBA) auch im Bereich der mGV in allen KVen im Vergleich 2007 und 2009 zu einem Anstieg kommt, erscheinen Honorarverluste auf breiter Front in diesem Bereich nicht plausibel“, heißt es von Seiten des BMG weiter.

Es ist richtig, dass beispielsweise der ambulanten Versorgung in Bayern im Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2008 1,6 Prozent (circa 80 Mio. Euro) mehr zur Verfügung stehen. Die Honorarreform ändert jedoch die Vergütungssystematik komplett, so dass es, wie bereits dargestellt, zwischen und innerhalb der Fachgruppen zu massiven Verwerfungen kommt. So gibt es grundsätzliche Verliererfachgruppen (z.B. Neurologen) sowie Fachgruppen, bei denen das Behandlungsspektrum darüber entscheidet, ob ein Arzt möglicherweise mit einer leichten Einkommenssteigerung rechnen kann oder aber jedoch massiv verliert (vgl. dazu auch Punkt 1 auf Seite 8).

4. Weiter betont das BMG, dass es bei der Bewertung der Fallwerte durch die Ärzte offenbar vielfach zu Fehlinterpretationen gekommen sei. Es sei eine vordringliche Aufgabe der KVen, die Ärzte zeitnah über die richtige Interpretation ihrer Honorarbescheide aufzuklären.

Die KVB hat ihre Mitglieder sofort nach dem Scheitern der vierten und letzten Verhandlung vor dem Landesschiedsamt (12.12.2008) am 15.12.2009 über den Ausgang der Verhandlungen und dessen Auswirkungen auf das Honorar 2009 informiert. Außerdem hat sie bereits Ende November – also noch vor der Zuweisung der RLV – eine Broschüre mit Erklärungen versandt sowie in Mitgliederveranstaltungen vor Ort die komplexe Vergütungssystematik zu vermitteln versucht.

Allerdings müssen auch die Proteste der Ärzte ernst genommen werden, da sie ihr jeweiliges Leistungsspektrum am besten kennen und oft sehr genau informiert sind, welche (teilweise geringen) Möglichkeiten zur Generierung von Zusatzhonoraren neben dem RLV ihrer Praxis zur Verfügung stehen. Auf Möglichkeiten hinzuweisen, die einer Praxis nicht zur Verfügung stehen, schafft zwar Transparenz, verbessert aber die Lage für die Betroffenen nicht.

5. „Zudem ist zu berücksichtigen, dass in einigen KVen offenbar ein sehr hoher Honoraranteil für sog. Rückstellungen und Vorwegabzüge verwendet wird.“ Es liege – so das BMG – in der Verantwortung der regionalen Vertragspartner und der KVen, über eine sachgerechte Höhe der Rückstellungen zu entscheiden.

Es ist richtig, dass **für alle Honorarbestandteile, die nicht innerhalb der RLV vergütet werden, ein Vorwegabzug gebildet werden muss**, denn die Ärzte haben einen Anspruch auf die Vergütung dieser Leistungen. Und dafür muss Geld am Quartalsende vorhanden sein. Doch die Bildung dieser Vorwegabzüge ist nicht – wie vom BMG unterstellt – willkürlich, sondern wird vom Leistungsbedarf der Vorjahre und von besonderem Finanzierungsbedarf z. B. für Härtefallregelungen oder freie Leistungen innerhalb der mGV abgeleitet. Auch ein so genannter „Morbiditätsanpassungsfaktor“ spielt eine Rolle, um somit den Krankenstand der Bevölkerung mit einfließen zu lassen.

Hier wird schnell die schwierige Situation deutlich, in die der Gesetzgeber die KVen gebracht hat: Auf der einen Seite sollen sie für einen Ausgleich sorgen (Stichwort: Konvergenzregelung), auf der anderen Seite sollen sie für diese Leistungen möglichst wenige Mittel zurückhalten, damit die RLV nicht zu niedrig ausfallen.

Im Übrigen können die KVen nur durch Vorwegabzüge einen Ausgleich für die Verlierer der Reform finanzieren. Eine besondere Problemlage ergibt sich hier im Zusammenhang mit den so genannten „freien Leistungen“. Die Etablierung von neuen „freien Leistungen“, die derzeit zum Teil im Erweiterten Bewertungsausschuss diskutiert wird, kann für einige Leistungsbereiche der Ausweg aus der „RLV-Falle“ sein. Problematisch wird die Vereinbarung von „freien Leistungen“ jedoch dann, wenn diese auf Druck der Kassen (die sich gemeinsam darauf einigen müssen – es gilt der Grundsatz „gemeinsam und einheitlich“) als „Leistungen innerhalb der mGV“ deklariert werden. Denn jede dieser Leistungen muss dann vorab von der KV in ihrer Höhe geschätzt werden und als Vorwegabzug die Summe reduzieren, die für die RLV zur Verfügung steht.

Das Morbiditätsrisiko trägt also in diesem Fall wieder die Ärzteschaft in ihrer Gesamtheit – und nicht die Krankenkassen wie bei den „freien Leistungen außerhalb der mGV“ (vgl. Dokument „Freie Leistungen nach derzeitiger Beschlusslage EBA“, Punkt 1 auf Seite 6).

Das BMG geht in seinem Informationspaket nicht auf die Finanzierungsrisiken der „freien Leistungen innerhalb der mGV“ ein, sondern stellt sie lediglich als Honorarbestandteil dar, der keinem Budget unterliegt: „Weitere Einnahmen erzielen die Ärzte aus Leistungen, welche zwar aus der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung vergütet werden, aber welche hier nicht unter die Mengensteuerung über RLV – und damit unter die Abstaffelung fallen.“

Die dargestellte Problematik darf dabei aber nicht unberücksichtigt bleiben.

6. Schließlich erwähnt das BMG weitere Einkünfte aus „Nach- oder Ausgleichszahlungen“.

Zunächst zeigt die Notwendigkeit einer Konvergenzregelung, dass es zu massiven Verwerfungen gekommen ist. Die Konvergenzregelung soll es nun den KVen im Nachhinein ermöglichen, die Verluste von einzelnen Ärzten aufgrund der Honorarreform im Vergleich zum Vorjahresquartal auf maximal fünf Prozent zu begrenzen. Das Problem: Nach wie vor ist umstritten, wie diese Konvergenzregelung rechtssicher umgesetzt werden kann, sprich woher das Geld hierfür kommen soll.

Denn jeder Arzt hat laut Gesetz Anspruch auf eine Vergütung nach der Euro-Gebührenordnung. Außerdem erhielten alle Ärzte mit den RLV-Bescheiden mit einem Orientierungspunktwert in der Höhe von 3,5001 Cent das Recht, die genannte Menge (Fallzahl) zum dargestellten Preis (Fallwert pro Fachgruppe) erbringen zu „dürfen“ und auch bezahlt zu bekommen. Wenn nun Mittel für die Erfüllung der Konvergenzklausel erforderlich sind, dürfen diese nicht von diesen zugesagten (!) Honoraren kommen und können auch nicht aus den Rückstellungen für freie Leistungen innerhalb der MGV finanziert werden. Zu ähnlichen Sachlagen gab es in der Vergangenheit einschlägige Urteile, die eindeutig eine solche Benachteiligung von Ärzten untersagen.

Somit bleiben nur zwei Finanzierungsmöglichkeiten übrig:

- eine noch weitere Reduzierung der RLV durch Vorwegabzüge oder
- eine Nachschusspflicht der Kassen.

In beiden Fällen ist mit weiteren Schwierigkeiten und Protesten zu rechnen: Bei der ersten Variante durch die Ärzteschaft, wenn die zum Teil bereits sehr niedrigen RLV-Fallwerte aller Fachgruppen weiter reduziert werden, um die Verliererfachgruppen hinterher „aufzufangen“. Bei der zweiten Variante werden die Kassen protestieren.

7. Abschließend heißt es auf Seite 3, dass Ärzte weitere Einnahmen aus GKV-Sonderverträgen (Einzelverträgen, DMP, integrierte Versorgung etc.) generieren könnten. Das ist richtig. Wie auf Seite 6 dargestellt, werden die Krankenkassen aber extrem restriktiv vorgehen.