

KV Bayerns nimmt Daten des Bundesgesundheitsministeriums auseinander

Im Kampf um die Deutungshoheit über die Honorarsituation hat die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) die Zahlen des Bundesgesundheitsministeriums (BMG) einmal genau unter die Lupe genommen. Im März hatte das BMG an alle Abgeordneten ein dickes Paket mit Material und Zahlen geschickt (wir berichteten). Die KV bescheinigt dem Ministerium jetzt, viele methodische Ungereimtheiten einzusetzen, um zu belegen, dass Ärzte Spitzenverdiener seien.

Den Praxisüberschuss ermittle das BMG mit einer eklatant veralteten Statistik von 1999, listet die KVB die Mängel auf. Zu dem Einkommen aus der GKV rechne das BMG einfach einen geschätzten Überschuss aus der PKV hinzu, obwohl nicht alle Praxen solche Einnahmen hätten. Auch der Vergleich mit anderen freien Berufen, der belegen solle, dass Ärzte als Spitzenverdiener gelten müssten, sei sehr fadenscheinig. „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“, erklärt die KVB.

Das Ministerium werfe zudem alle Ärzte in einen Topf, statt nur die von den Umverteilungen betroffenen ambulant tätigen Ärzte zu betrachten. Aussagen wie „Seit 1990 ist die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte sogar um fast 50 Prozent gewachsen,“ lasse leider unerwähnt, dass am 3. Oktober 1990 die Wiedervereinigung Deutschlands stattfand, so dass sich das Gesundheitswesen im Osten erst neu gestaltete, moniert die KVB die Argumentation.

Das BMG behaupte, der Arzt wisse seit der Reform, wie viel er grundsätzlich für eine Leistung erhalte. Zwar wisse ein Arzt jetzt zwar tatsächlich, wie viel das grundsätzlich ist, „bekommt jedoch möglicherweise nur einen Bruchteil davon letztlich bezahlt“, weil alles über das Regelleistungsvolumen (RLV) hinaus nur abgestaffelt gezahlt werde, stellt die KVB dem entgegen. Die RLV seien laut BMG ein Instrument der Mengensteuerung. Tatsächlich müssten Ärzte jetzt viele Leistungen „aus Verantwortungsgefühl ihren Patienten gegenüber (fast) umsonst erbringen.“

Ulla Schmidts Haus rede sich außerdem die Einkommenssituation der Ärzte dadurch schön, dass es die ‚freien Leistungen‘ als erheblichen Teil des Honorars betrachte. „Aber es gibt auch viele Arztgruppen, die gar keine freien Leistungen haben, beziehungsweise bei denen sich die Leistungen auf Porto- oder Sachkostenpauschalen beschränken – beispielsweise Nervenärzte und Neurologen.“ Zudem komme es innerhalb von Fachgruppen zu großen Unterschieden, kritisiert die KVB. Beispielsweise bewege sich der RLV-Anteil bei den Augenärzten zwischen 0 und 90 Prozent.

Wenn das Ministerium betone, dass mehr Geld im System sei, dann verschweige es auf der anderen Seite, dass es dennoch viele Verlierer gebe. Regionale Besonderheiten seien durch den einheitlichen Punktwert einfach plattgebügelt worden. Dadurch seien die „bisher geförderten, oft qualitätsgesicherten Leistungen abgewertet, und insbesondere automatisierbare Routineleistungen, die häufig auch ohne Patientenkontakt laufen, aufgewertet“ worden.

Hinderlich sei in den weiteren Verhandlungen vor allem, dass die Kassen nun gemeinsam und einheitlich entscheiden müssten. Sie litten ebenfalls unter den Reformbedingungen und versuchten, nur geringe Ausgaben zuzulassen. „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“, beobachtet die KVB. „Wir sehen daher die Verpflichtung zum gemeinsamen und einheitlichen Handeln der Kassen als die Hauptursache für nicht mehr vorhandene Handlungsspielräume auf regionaler Ebene an.“

Laut BMG sei es ein erklärtes Ziel der Reform gewesen, das Morbiditätsrisiko den Kassen zuzuweisen. Tatsächlich sei dies aber nur für die freien Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung auf sie übergegangen. Bei den freien Leistungen innerhalb dessen liege das Mengenrisiko bei den KVen und der Ärzteschaft, beim RLV beim einzelnen Arzt.

Bei Selektivverträgen sei die Verantwortung dagegen einfach gänzlich ungeklärt, klagt die KVB. Die Krankenkassen versuchten zunehmend, das Risiko auf die Ärzte zu verlagern. „Generell sind sie derzeit sehr restriktiv was den Abschluss von Selektivverträgen anbelangt.“ Meist forderten sie finanzneutrale Lösungen.

Im Extremfall könne es bei den Selektivverträgen sogar so weit kommen, dass jegliche Gelder, die darüber ausgezahlt werden, im Kollektivvertrag entfallen und eingespart werden müssen. „Ob unter derartigen Bedingungen eine funktionierende Gesundheitsversorgung im Kollektivvertrag noch überleben kann, erscheint höchst fraglich“, warnt die Körperschaft. „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.“

Entgegen der Behauptung des Ministeriums, dass keine Simulation über die Auswirkungen der Reform auf die einzelnen Fachgruppen vorliege, habe die KV für Bayern eine solche erstellt. „Die Simulationen zeigen, dass ohne massive Stützungsmaßnahmen der KVB in vielen Arztgruppen ein erheblicher Anteil der Praxen mit deutlich zweistelligen Umsatzeinbußen zu rechnen hätte.“ Vor allem die Praxen viele Fachärzte seien existenziell bedroht. Eine Konvergenzphase verschiebe das Problem nur in die Zukunft.

Richtig sei an den Aussagen, dass Bayern im Vergleich zu 2008 ein wenig mehr Geld habe, zirka 1,6 Prozent. „Die Honorarreform ändert jedoch die Vergütungssystematik komplett, so dass es, wie bereits dargestellt, zwischen und innerhalb der Fachgruppen zu massiven Verwerfungen kommt.“

Die stete Bekräftigung, es sei bei den Ärzten zu Fehlinterpretationen gekommen, weil die KVen nicht richtig aufklärten, sei falsch. Die Ärzteproteste müssten „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.“

Der Gesetzgeber habe die KVen in eine Situation gebracht, in der sie einerseits für den Ausgleich bei den Verlierern der Reform sorgen sollen, andererseits möglichst wenig zurückhalten sollen, um die RLV nicht zu sehr zu schmälern, protestiert die KVB. Insbesondere bei der Konvergenzregelung dürften die Mittel nicht von den zugesagten Honoraren kommen und könnten nicht aus den Rückstellungen für freie Leistungen finanziert

werden. Es habe bereits Urteile in ähnlichen Sachlagen gegeben, „die eindeutig eine solche Benachteiligung der Ärzte untersagen.“

Insgesamt stammten die vom BMG verwendeten Statistiken aus verschiedensten Quellen und Jahren, so dass sie nicht ohne weiteres im gleichen Kontext verwendbar seien, resümiert die Körperschaft. "Ebenso werden Begrifflichkeiten unterschiedlichster Art eingeführt, wie zum Beispiel 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.“