

Alter Zankapfel



in neuem Licht

Ärztevertreter machen die ambulante Vergütung madig. Das Geld reiche nicht für eine gute Versorgung. Die Einkommen seien nicht planbar. Und ohne privatärztliche Einnahmen müssten viele Praxen dicht machen. Was an diesen Argumenten dran ist, beleuchtet [Stephan Feldmann](#).

Die Vergütung der niedergelassenen Ärzte ist ein Politikum. Obwohl ihre Verdienste in den letzten Jahren erneut deutlich gestiegen sind, klagen Mediziner über zu geringe und nicht kalkulierbare Vergütung, zu viel Bürokratie und die allgegenwärtige Gefahr von Regressen. Ob es sich hierbei um reale Probleme oder um Behauptungen handelt, die aus dem Reich der Mythen stammen, ist für den gesundheitspolitischen Laien nicht leicht erkennbar. Aber schauen wir uns die Argumente einmal genauer an.

Immer wieder fordern Ärzte, ihre Vergütung müsse planbar und kalkulationssicher sein. Diese Forderung gehört zu den wohl meist benutzten Bausteinen für einen gelungenen Auftritt auf dem Ärztetag. Sie wird im gleichen Atemzug genannt mit der Notwendigkeit fester und kostendeckender Preise. Diese semantische Verknüpfung soll einen kausalen Zusammenhang suggerieren, der in Wirklichkeit nicht existiert. Denn in Wahrheit hat das eine mit dem anderen wenig zu tun. Feste und kostendeckende Preise in Rechnung zu stellen, führt nicht zwangsläufig zu plan- und kalkulierbaren Einnahmen. Vielmehr ist das

Unternehmertum mit zahlreichen Risiken und Unsicherheiten verbunden. Jeder Betrieb kann trotz sauber kalkulierter Preise in wirtschaftliche Schwierigkeiten und in die Insolvenz geraten, wenn er nicht konkurrenzfähig ist oder Kunden nicht zahlen.

Gesamtvergütung bietet Sicherheit. Im Vergleich zu anderen Freiberuflern sind die Ärzte in einer komfortablen Situation. Denn die Krankenkassen zahlen an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung. Von dieser Summe weisen die KVen im Rahmen der Honorarverteilung regelmäßig den Vertragsärzten im Voraus praxisbezogene Honorarvolumina zu, die der Arzt in einem Quartal erzielen kann, soweit er die entsprechenden Leistungen abrechnet. Er erhält gewissermaßen eine Abnahmegarantie für einen vorab festgelegten Umfang seiner Tätigkeit. Für ihr voraussichtlich erzielt Honorar bekommen die Mediziner monatliche Abschlagszahlungen von den KVen. Damit verfügen sie über eine robuste, aber vor allem planbare Ertrags-situation. Da zudem die KVen praktisch nicht insolvent gehen können, besteht für die Ärzte hinsichtlich ihrer Einnahmen aus



der Behandlung der GKV-versicherten Patienten weder ein Liquiditätsrisiko, noch müssen sie den Ausfall ihrer Forderungen fürchten. Für die Leistungen, die sie privatärztlich erbringen, gilt dies nicht. Somit genießen die niedergelassenen Ärzte eine im Vergleich zu anderen selbstständigen Berufen unvergleichbare Vergütungssicherheit. Kein anderer freier Beruf weiß im Voraus, wie hoch seine Einnahmen in den kommenden drei Monaten ausfallen. Genauso wenig können andere selbstständige Berufe stets darauf vertrauen, dass ihre Kunden fristgerecht bezahlen oder die Rechnung überhaupt begleichen. Ein höheres Maß an Planbarkeit und Kalkulationssicherheit böte Ärzten nur noch die Zahlung eines leistungsunabhängigen Festgebalts.

Natürlich sagt die Planbarkeit nichts darüber aus, ob sich von den Einnahmen auch die Kosten decken lassen. So kritisieren Ärzte, dass einzelne Leistungen nicht ausreichend bewertet sind. Als Beispiele führen sie häufig Pauschalvergütungen an, wie die hausärztliche Versichertenpauschale, die ein Hausarzt einmal im Quartal für einen Patienten abrechnen kann, oder die Honorare für Hausbesuche. Kritisiert wird vor allem, dass die Pauschalen den besonderen Aufwand für Patienten mit schweren Erkrankungen nicht ausreichend berücksichtigen. Diese Argumentation verkennt aber, dass der Bewertung von Pauscha-

len eine Mischkalkulation zugrunde liegt, die einen durchschnittlichen Preis über alle Patienten bildet. Dementsprechend steht der womöglich „zu niedrigen“ Pauschalvergütung für aufwendigere Patienten eine „zu hohe“ Vergütung für Patienten mit leichteren Beschwerden gegenüber. Gegen die Bewertung einzelner Leistungen ist in der Vergangenheit auch geklagt worden. Doch die Rechtsprechung hat stets darauf abgestellt, ob ein Arzt in der Gesamtschau seiner abgerechneten Leistungen ein angemessenes Honorar erhalten kann – eine Position, die in pragmatischer Hinsicht vernünftig ist.

Zu hoch bewertete Leistungen verleiten zur Menge. Dass einzelne ärztliche Leistungen objektiv zu hoch und andere zu niedrig bewertet sein könnten, wäre sicherlich auf Dauer nicht hinnehmbar. Denn dies verleitet dazu, aus wirtschaftlichen Gründen bestimmte Leistungen häufiger zu erbringen als andere oder besonders aufwendige Patienten erst gar nicht zu behandeln (Risikoselektion). So wird seit längerem vermutet, dass die außergewöhnlich dynamische Mengenentwicklung bei bestimmten ambulanten Eingriffen, beispielsweise Kataraktoperationen, durch eine zu hohe Bewertung verursacht wird und die Operateure deshalb diese Eingriffe bevorzugt erbringen.

Auch wenn einzelne Leistungen objektiv zu hoch und andere zu niedrig bewertet sein sollten, so zeigt doch ein Blick auf die Honorarumsätze der Ärzte, dass ihre Vergütung insgesamt angemessen ist. Dies legen auch die Ende vergangenen Jahres veröffentlichten Zahlen des Statistischen Bundesamtes nahe. Danach betrug im Jahr 2011 der durchschnittliche Reinerlös je Arztpraxis rund 235.000 Euro (siehe Tabelle „Ärzte erzielen hohe Erträge“). Von Unterbezahlung kann also kaum die Rede sein. Und aus dem Umstand, dass eine Leistung zu niedrig bewertet sein könnte, lässt sich nicht die Forderung ableiten, diese Leistung einfach höher zu vergüten. Allerdings sollte der Bewertungsausschuss der Ärzte und Krankenkassen für eine in sich stimmige Bewertung der Leistungen im Verhältnis untereinander sorgen, um Fehlanreize zu vermeiden.

Immer wieder monieren Ärzte, sie hätten nur wenige Euro im Quartal zur Verfügung, um ihre Patienten angemessen be-

Ärzte erzielen hohe Erträge

Durchschnittliche Einnahmen, Aufwendungen und Reinerträge je Arztpraxis im Jahr 2011 in 1.000 Euro

	über alle Arztpraxen	Arztpraxen ohne Privateinnahmen	Arztpraxen mit Privateinnahmen in Höhe von			
			0,1–25% des Umsatzes	25–50% des Umsatzes	50–75% des Umsatzes	75–100% des Umsatzes
Einnahmen je Praxis	486	323	398	573	781	710
Aufwendungen je Praxis	251	160	198	293	459	405
Reinertrag je Praxis	235	163	200	280	321	305

2011 nahm ein niedergelassener Arzt im Schnitt jährlich 486.000 Euro ein. Nach Abzug der Praxiskosten blieben 235.000 Euro als Reinertrag über. Davon sind noch Steuern und die Altersversorgung zu zahlen. Ohne Einnahmen aus der privatärztlichen Tätigkeit beläuft sich der Reinertrag eines Arztes auf 163.000 Euro. Machen die Privateinnahmen bis zu 25 Prozent des Umsatzes aus, blieben unterm Strich 200.000 Euro pro Praxis.

Quelle: Statistisches Bundesamt 2013

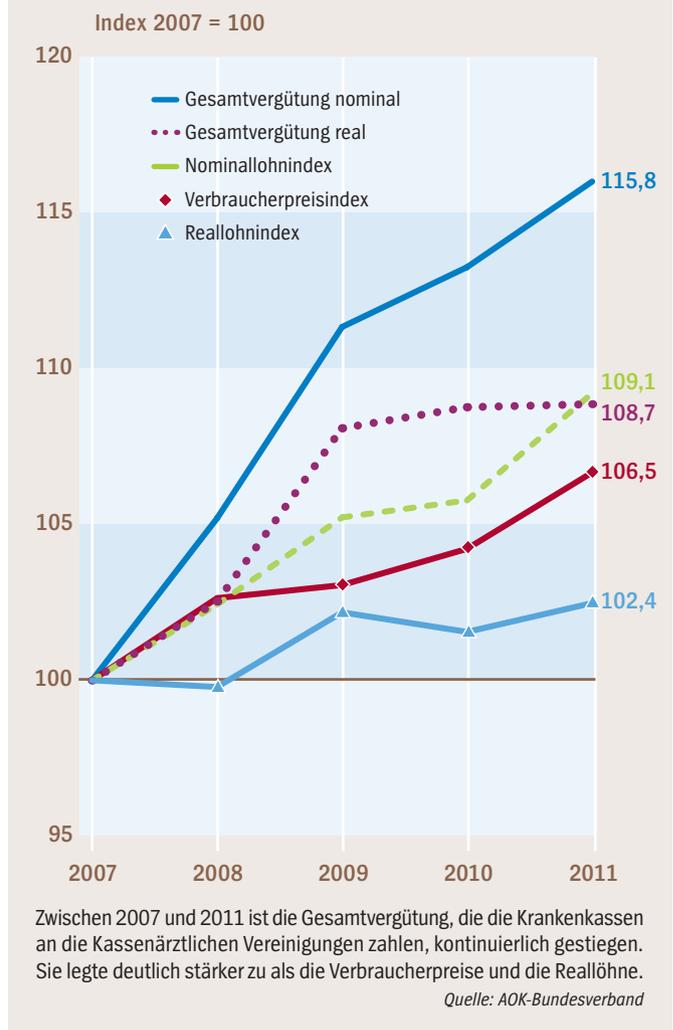
handeln zu können. In der Hochphase der konfliktreichen Honorarverhandlungen im Oktober 2012 wurde in einer ARD-Talk-Show über die vertragsärztliche Vergütung diskutiert. Die Redaktion meinte, aufgedeckt zu haben, dass die Urologen im KV-Bezirk Nordrhein ihre Patienten für einen „Festpreis“ von 13,31 Euro im Quartal behandeln müssten. Ärzte hätten aus dieser skandalösen Unterfinanzierung bereits die Konsequenzen gezogen und ihre Patienten darauf hingewiesen, nur wenige Minuten für ihre Behandlung erübrigen zu können.

Träfe es zu, dass ein Urologe einen Patienten für nur 13,31 Euro im Quartal zu behandeln hätte, wäre dies mit Sicherheit erstaunlich. Da ist es schon ein wenig beruhigend, dass das Honorar tatsächlich deutlich höher ist. Der Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) weist für die Urologen im KV-Bezirk Nordrhein für das dritte Quartal 2012 ein durchschnittliches Honorar von 41,17 Euro pro Behandlungsfall aus – also gut das Dreifache des vermeintlichen „Festpreises“.

Fallwert ist nicht gleich Honorar. Nun lag der Redaktion der Honorarbericht der KBV für diesen Zeitraum zwar noch nicht vor. Aber ein Blick auf die Quartalszahlen des Jahres 2011 hätte einen ähnlichen Wert offen gelegt. Aber woher kommen dann bloß die 13,31 Euro? Von der KV Nordrhein. In ihrer Veröffentlichung zu den Regelleistungsvolumina-Fallwerten für das dritte Quartal 2012 gab sie für die Urologen einen „RLV-Fallwert“ von 13,31 Euro an. Der Betrag wäre damit korrekt wiedergegeben. Allerdings ist der RLV-Fallwert kein Festpreis, sondern ein in Euro ausgedrückter durchschnittlicher Wert für einen Behandlungsfall. Er ist also eine Berechnungsgröße aus der Honorarverteilung, die nichts über das durchschnittliche Honorar aussagt, das der Arzt am Ende eines Quartals für einen Patienten erhält. Nach inzwischen überholter Rechtslage hatte die KV den Ärzten vier Wochen vor Beginn eines Quartals einen Bescheid über das arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen (RLV; siehe Glossar auf Seite 27) auszustellen. Das RLV stellt diejenige Menge an ärztlichen Leistungen dar, die der Arzt zum vollen Preis (dem Punktwert) abrechnen kann. Es wird aus dem RLV-Fallwert und der Fallzahl des Arztes aus dem zurückliegenden Quartal errechnet. Über das RLV hinausgehende Leistungen sollen mit einem niedrigeren Punktwert vergütet werden. Das RLV ist somit gewissermaßen ein arztbezogenes Budget.

Von Beginn an umfassten die RLV aber nur einen Teil der erbrachten Leistungen. Je nach Arztgruppe unterlag ein kleinerer oder größerer Anteil der abrechenbaren Leistungen nicht der Mengensteuerung der RLVs. Daher wurde das RLV der Höhe nach nur für eine Teilmenge der ärztlichen Leistungen berechnet und fiel regelmäßig deutlich geringer aus als das tatsächlich am Quartalsende erzielte Honorar. Dennoch werden der RLV-Fallwert und das Honorar häufig verwechselt. Derartige Missverständnisse sind nicht auf dieses Beispiel beschränkt, sondern treten auch auf, wenn das Honorar auf die in nahezu jeder Arztgruppe abrechenbaren Versicherten- oder Grundpauschalen (siehe Glossar) reduziert wird, ohne die zahlreichen weiteren Abrechnungsmöglichkeiten zu beachten. In dem unübersichtlichen Geflecht aus Fallwerten, Grund- und Zusatzpauschalen,

Gesamtvergütung steigt stetig an



budgetärer und extrabudgetärer Vergütung sowie Honorar können selbst Fachleute schon mal den Überblick verlieren.

Einnahmen aus Direktverträgen kommen noch hinzu. Einen guten Anhaltspunkt über die Einnahmesituation bietet allein das Gesamthonorar eines Arztes, obgleich auch hier stets zu beachten ist, dass das Honorar nicht gleichbedeutend mit Reinertrag (Honorar abzüglich aller Praxiskosten) ist. Auch ist bei den Honorarstatistiken der KVen immer zu berücksichtigen, dass dort die Einnahmen der Vertragsärzte aus Direktverträgen mit den gesetzlichen Krankenkassen (insbesondere aus Hausarztverträgen) nicht enthalten sind. Für die Urologen beispielsweise hat das Statistische Bundesamt Einnahmen aus der Behandlung gesetzlich Krankenversicherter in Höhe von rund 190.000 Euro im Jahr 2011 ausgewiesen. Der Reinertrag lag bei rund 168.000 Euro. Das klingt doch schon ein wenig anders als 13,31 Euro.

Sachleistungsprinzip hinterfragt. Gerne stellen Ärzte auch das in der GKV vorherrschende Sachleistungsprinzip infrage. Ihrer Meinung nach gäbe es weniger unnötige Arztbesuche, wenn der

Patient seine Arztrechnung erst selbst bezahlt und sich die Auslagen anschließend von seiner Krankenkasse erstatten lässt – so, wie es in der PKV üblich ist. Die Kostenerstattung genießt im Vergleich zum Sachleistungsprinzip insbesondere unter Ökonomen und liberalen Gesundheitspolitikern, Ärzteverbänden wie dem Hartmannbund, aber auch dem Gros der Ärzteschaft einen erstaunlich guten Ruf. Während das Sachleistungsprinzip vielerorts für eine angeblich ungehemmte Inanspruchnahme des Gesundheitswesens verantwortlich gemacht wird, werden mit der Kostenerstattung viele Vorteile verbunden: Die Patienten nähmen aufgrund der Kostentransparenz Gesundheitsleistungen sparsamer in Anspruch, der Spielraum für Abrechnungsbetrug sei geringer und die Gesundheitsversorgung würde wirtschaftlicher, heißt es von den Verfechtern der Kostenerstattung.

Kostenerstattung verhindert keine unnötigen Behandlungen.

Diese erhofften Segnungen sind allerdings empirisch nicht belegt. Gerade die Erfahrungen der PKV mit der ungezügelter Mengendynamik zeigen, dass von der Kostenerstattung kein Anreiz zu einer sparsameren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen ausgeht. Aller Rhetorik vom mündigen Patienten zum Trotz ist das Informationsgefälle zwischen Arzt und Patient zu groß, als dass eine hinreichende Kontrolle des Arztes durch den Patienten stattfinden könnte. Dies gilt nicht nur für ärztliche Leistungen, sondern auch für die Verordnung von Arzneimitteln oder Leistungen der Physiotherapie.

Auch die erhoffte Überprüfbarkeit von Arztrechnungen bleibt eine Illusion. Denn es ist weniger die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen. Sie dürfte in der Praxis eine eher untergeordnete

Rolle spielen, auch wenn Privatversicherte davon berichten. Es ist vielmehr die Erbringung unnötiger Behandlungen, die gerade von der Kostenerstattung nicht gelöst wird.

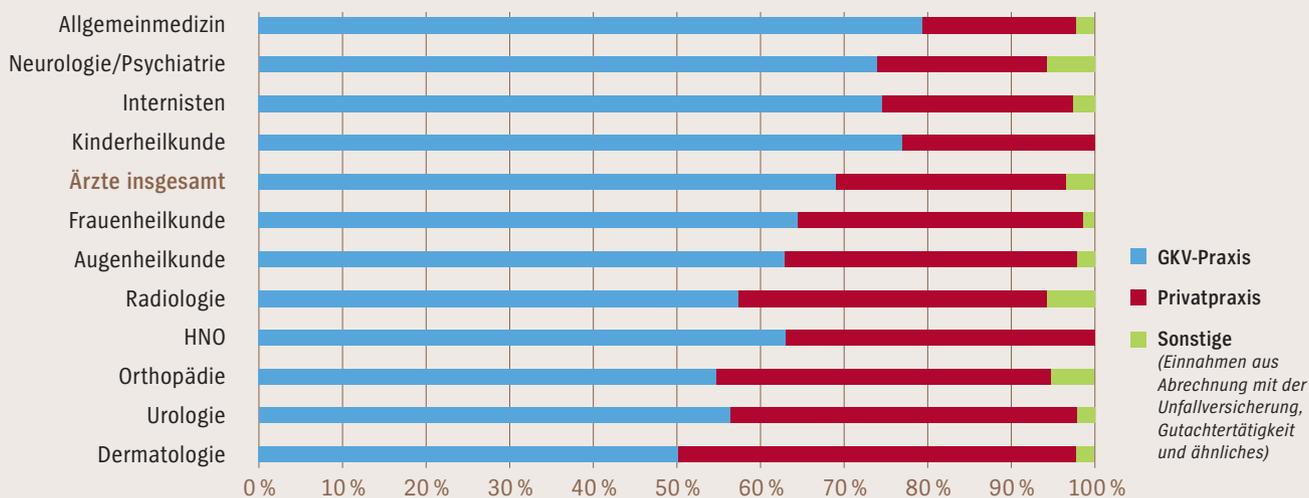
Mengenrisiko auf Patienten abgewälzt. Obwohl die Kostenerstattung die in sie gelegten Erwartungen nicht ansatzweise erfüllt, kehrt sie immer wieder in die gesundheitspolitischen Forderungskataloge zurück. Ursache sind die honorarpolitischen Implikationen. In einem Kostenerstattungssystem sind Kollektivbudgets heutigen Charakters (Gesamtvergütung), in denen die Ärzte das Mengenrisiko übernehmen, faktisch nicht mehr durchführbar. Zwar können Krankenkassen einen Wegfall der Ausgabenbegrenzung kompensieren, indem sie nur einen Teil der Kosten erstatten. Dies aber ginge zulasten des Patienten, der seine Auslagen nur unvollständig ersetzt bekäme. Bei der Kostenerstattung würde das Mengenrisiko von den Ärzten auf die Patienten abgewälzt, obgleich weiterhin die Ärzte in erster Linie bestimmen, welche und vor allem wie viele Leistungen erbracht werden. Die Kostenerstattung führt damit implizit zur Einführung einer Selbstbeteiligung des Patienten zugunsten der Ärzte.

Individuelle Abrechnung verursacht beträchtlichen Mehraufwand.

Den von der Ärzteseite erhofften positiven Auswirkungen der Kostenerstattung auf die Entwicklung ihrer Einnahmen muss auch der bürokratische Mehraufwand gegenübergestellt werden. Im gegenwärtigen GKV-Sachleistungssystem ist die Abrechnung zwischen Arztpraxis und KV weitgehend automatisiert. Im Wege des Datenaustauschs sendet der Arzt nach Ende eines Quartals seine Abrechnungsdaten an die KV. Diese zahlt den Arzt aus

Wie sich die Einnahmen zusammensetzen

Anteil privatärztliche Tätigkeit und Behandlung gesetzlich Versicherter im Jahr 2011 nach Arztgruppen



Die Bedeutung der Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit unterscheidet sich erheblich zwischen den Arztgruppen. Bei den Allgemeinmedizinern macht der Anteil nur 18 Prozent aus, bei den Dermatologen aber 50 Prozent. Mit

Ausnahme der Hautärzte stammt das Gros des ärztlichen Verdienstes aus der Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten.

Quelle: Kostenstrukturerhebung des Statistischen Bundesamts 2013, Berechnungen Feldmann

Ein Wegfall privatärztlicher Honorare führt nicht zum Ruin.



und rechnet dann mit der jeweiligen Kasse ab. Auch die Überprüfung der Rechnungen durch KVen und Krankenkassen erfolgt größtenteils vollautomatisch. Würde auf eine patienten- und arztindividuelle Abrechnung umgestellt, entstünde für die Praxen und die Krankenkassen ein erheblicher Verwaltungsaufwand. Wie hoch er ausfallen könnte, machen Modellrechnungen des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI) deutlich. Anlässlich eines Modellprojekts in Rheinland-Pfalz – dort sollten Patienten auf Wunsch eine Patientenquittung erhalten – errechnete das ZI Verwaltungskosten in Höhe von 1,57 bis 3,11 Euro je ausgestellter Patientenquittung. Hinzu kämen dann noch die Kosten für den Zahlungsverkehr und bei säumigen Zahlern die Inkasso-Kosten. Bei etwa 500 Millionen Behandlungsfällen mit rund 1,5 Milliarden Arzt-Patienten-Kontakten im Jahr dürfte der zusätzliche Aufwand allein in den Arztpraxen alles in den Schatten stellen, was heute als unzumutbar kritisiert wird. Der zusätzliche Aufwand bei den Krankenkassen dürfte sich in einer ähnlichen, wenn nicht sogar umfangreicheren Größenordnung bewegen.

Nicht alle Ärzte sind auf Privat-Einnahmen angewiesen. Und was ist dran an der Behauptung, dass viele Ärzte ohne die Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit wirtschaftlich nicht überleben könnten und ihre Praxis schließen müssten? Richtig ist, dass die Einnahmen aus privatärztlichen Leistungen erheblich sind. Der Markt der Individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL), die der Patient aus eigener Tasche zahlt, wächst. Und die privatärztliche Vergütung ist gemessen an der Zahl der Versicherten um ein Vielfaches höher als die Honorare aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Für rund neun Millionen Privatversicherte flossen 2011 aus Vergütungen der PKV, der Beihilfe und aus der Selbstbeteiligung rund 9,7 Milliarden Euro in die Kassen der Ärzte. Die GKV bezahlte für die knapp achtfache Anzahl an Versicherten rund 33 Milliarden Euro. Hinzu kommen schätzungsweise 1,5 Milliarden Euro aus der Abrechnung individueller Gesundheitsleistungen (IGeL) mit GKV-Versicherten.

Dieses insgesamt große Volumen der Privateinnahmen macht sich in den Arztpraxen bemerkbar. Allerdings variieren diese Einnahmen deutlich zwischen den verschiedenen Arztgruppen. Während bei den Allgemeinmedizinerinnen der Anteil der GKV-Einnahmen am Gesamtumsatz 80 Prozent beträgt, die privatärztlichen Einnahmen aber nur rund 20 Prozent seines Gesamtumsatzes ausmachen, ist das Verhältnis von Kassen- und privatärztlichen Einnahmen bei Hautärzten rund 50 zu 50. Auch in absoluten Beträgen sind die Unterschiede zwischen den Fachgebieten enorm (siehe Grafik „Wie sich die Einnahmen zusammensetzen“ auf Seite 24). Angesichts dieser Zahlen hätte ein – wenn auch wenig realistischer – Wegfall privatärztlicher Einnahmen für einige Arztgruppen wie Dermatologen und Frauenärzte einschneidende Folgen.

Der Vergleich der in manchen Arztgruppen hohen Privateinnahmen und der jeweiligen durchschnittlichen Praxiserlöse darf nicht zu dem Schluss verleiten, dass beim Wegfall der privatärztlichen Tätigkeit der Praxiserlös entsprechend sinkt. Denn zum einen verschwinden die PKV-Versicherten nicht spurlos vom Erdboden, sondern würden fortan wie GKV-Versicherte vergütet.

Zum anderen würden auch die Praxiskosten niedriger sein. Denn die Ärzte müssten nicht mehr eine so umfangreiche Ausstattung vorhalten, zum Beispiel Apparate für Leistungen, die nicht zum GKV-Katalog gehören. Nach Berechnungen des Statistischen Bundesamtes vom Dezember 2013 liegt der jährliche Reinertrag von Arztpraxen, die nur gesetzlich versicherte Patienten behandeln, bei 163.000 Euro (siehe Tabelle „Ärzte erzielen hohe Erträge“ auf Seite 22). Dieser Betrag bleibt zwar deutlich hinter jenen Praxen zurück, die Privatversicherte behandeln (235.000 Euro). Er zeigt aber auch, dass Ärzte, die hauptsächlich GKV-Patienten versorgen, einen Reinertrag erzielen, der weit von einer Insolvenz entfernt ist.

Privatversicherte ziehen Ärzte an. Dem lässt sich entgegengehalten, dass es sich hierbei um Durchschnittsbetrachtungen handelt. Ärzte in Regionen mit einem überdurchschnittlich hohen PKV-Anteil sind wahrscheinlich deutlich stärker von privatärztlichen Einnahmen abhängig als ihre Kollegen in Gebieten mit nur wenigen Privatversicherten. Insbesondere in den Ballungszentren – dort ist der Anteil der Privatversicherten wesentlich höher als etwa auf dem Land – könnte ein Wegfall der Privateinnahmen die Existenz mancher Praxis gefährden. Bei Lichte betrachtet dient dieses Argument dazu, das duale Versicherungs- und Vergütungssystem samt seiner Fehlsteuerungen zu erhalten. Wie eingangs dargelegt, entrichtet die PKV für gesündere Versicherte ein ungefähr dreimal so hohes Honorar als die GKV. In Regionen mit hohen Anteilen an Privatversicherten entstehen dysfunktionale Vergütungskonzentrationen. Die Erlösaussichten für niedergelassene Ärzte korrelieren nicht mit dem objektiven medizinischen Bedarf der Wohnbevölkerung, sondern mit dem Versichertenstatus. Dieser ökonomische Anreiz beeinflusst

das Niederlassungsverhalten. Wo viele Privatpatienten leben, lassen sich Vertragsärzte auch gerne nieder. Die Folge: Überversorgung in Regionen mit vielen Privatversicherten und Unterversorgung in Gegenden mit wenig Privatversicherten. Bei einem Wegfall der privatärztlichen Vergütung würde diesen Überkapazitäten die wirtschaftliche Grundlage weitgehend entzogen – eine wesentliche Voraussetzung für eine wirklich bedarfsgerechte und gleichmäßige ärztliche Versorgung.

Wirtschaftlichkeit ist geboten. Neben dem Wegfall privatärztlicher Einnahmen fürchten Ärzte Regresse. Diese drohen, wenn ein Arzt im Vergleich zum Fachgruppendurchschnitt das durch Richtgrößen festgelegte Arznei-, Heil- oder Hilfsmittelbudget um mehr als 25 Prozent überschreitet. Ärztliche Verordnungen müssen stets wirtschaftlich sein (Wirtschaftlichkeitsgebot nach Paragraf 12 Sozialgesetzbuch V). Die Wirtschaftlichkeit der Versorgung haben Krankenkassen und KVen zu überprüfen (Paragraf 106 SGB V). Damit die Vertragsärzte das vereinbarte Ausgabenvolumen einhalten und wirtschaftlich verordnen, werden für die einzelnen Arztgruppen Richtgrößen festgelegt. Die Richtgrößen geben das durchschnittliche Verordnungsvolumen je Fall an. Das jeweilige Volumen eines Arztes errechnet sich aus den Richtgrößen und den Fallzahlen der Praxis. Wird im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung eine Überschrei-

tung des Richtgrößenvolumens um mehr als 25 Prozent festgestellt, muss ein Arzt den Mehraufwand erstatten (Regress) – sofern er nicht besondere Umstände nachweist. Dem besonderen Verordnungsbedarf einzelner Praxen ist gegebenenfalls durch die Anerkennung von Praxisbesonderheiten Rechnung zu tragen. Zu Praxisbesonderheiten zählen beispielsweise die besondere Morbidität der Patienten, ein hoher Rentneranteil oder eine besondere Praxislage (zum Beispiel Landarztpraxis).

Beratung geht vor Regress. Da insbesondere bei der Verordnung von Arznei- und Heilmitteln (zum Beispiel Physiotherapie) das Schadenspotenzial durch unwirtschaftliches Handeln immens ist, gibt es hierfür besondere Richtlinien für die Wirtschaftlichkeitsprüfung. Außerdem gilt seit dem am 1. Januar 2012 in Kraft getretenen GKV-Versorgungsstrukturgesetz der Grundsatz „Beratung vor Regress“. Danach haben Ärzte, die zum ersten Mal die Richtgrößen um mehr als 25 Prozent überschreiten, einen Rechtsanspruch auf Beratung. Somit ist bei der erstmaligen Feststellung einer Regresspflicht statt einer Honorarkürzung die gezielte Beratung vorgeschrieben.

Hat nun ein Arzt deutlich mehr verordnet, als es die Richtgröße zulässt, wird zwar zunächst ein Prüfverfahren eröffnet. In der Mehrheit der Fälle kommt es aber nicht zum Regressbescheid, weil viele der betroffenen Ärzte Praxisbesonderheiten

Gegenstimme

„Es muss wieder feste Preise geben“

Durch die jahrelang anhaltende Budgetierung zahlen die gesetzlichen Krankenkassen nicht für rund 30 Prozent der ärztlichen Leistungen, die sie für Kassenspatienten erbringen. Die Auswirkungen zeigen sich bei der nachwachsenden Ärztegeneration: Schon heute verzeichnen wir einen gravierenden Ärztemangel auf dem Land. Ähnlich ist die Entwicklung im städtischen Bereich. Immer häufiger können Arztsitze in sozial schwachen Stadtbezirken nicht mehr nachbesetzt werden. Dabei ist der hausärztliche wie der fachärztliche Versorgungsbereich gleichermaßen betroffen.

Daher muss es endlich wieder feste Preise für alle ärztlich erbrachten Leistungen geben. Nur so kann den nachrückenden Praxisärzten die wirtschaftlich kalkulierbare Zukunftsperspektive aufgezeigt werden, die sie vor der Aufnahme hoher Kredite für den Kauf einer Praxis brauchen. Bei den nächsten Honorarverhand-

lungen müssen zunächst die Grundleistungen aus der Budgetierung genommen werden. Diese Grundleistungen fallen bei jedem Patienten an. Schließlich kann es nicht sein, dass Patienten angenommen und behandelt werden müssen, für die am Ende eines Quartals noch nicht mal die Basisversorgung vergütet wird.

Darüber hinaus ist bei der Berechnung des Honorars ein vollständiger Inflationsausgleich für die letzten Jahre überfällig. Ein Ausgleich ist bei den zurückliegenden Verhandlungsrunden ausgeblieben. Als Folge zeigt sich eine besorgniserregende Investitionsschwäche in den Praxen. Die letzte Erhebung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung (ZI-Praxispanel) ergab, dass die Investitionslücke je Praxis im Jahr 2010 bei durchschnittlich 9.500 Euro lag.

Überdurchschnittlich stark gestiegen sind die Aufwendungen für das Praxispersonal. Nach den ZI-Berechnungen



Dr. Dirk Heinrich
ist Vorsitzender des
NAV-Virchow-Bundes,
Verband der
niedergelassenen
Ärzte Deutschlands.

erhielten die Mitarbeiterinnen zwischen 2007 und 2009 rund neun Prozent mehr Lohn. Vor dem Hintergrund des Mangels an qualifizierten Fachkräften ist der Zuwachs zwar gut und richtig, aber die Mehrbelastung der Praxisinhaber muss dringend kompensiert werden.

Insgesamt muss es bei der künftigen vertragsärztlichen Vergütung daher so schnell wie möglich darum gehen, den durch die Budgetierung erzeugten Mangel zu beheben. Dies kann schrittweise erfolgen. Der Ärztemangel und die damit verbundenen Lücken in der Versorgung der Bevölkerung lassen jedoch keinen anderen Weg zu. ■

geltend machen können. Nach Angaben der KBV und einzelner KVen ist weniger als ein Prozent der Ärzte von Regressen betroffen. Die in den Bescheiden festgesetzten, aber noch nicht rechtskräftigen Regresse beliefen sich nach Angaben des Deutschen Ärzteblatts vom 6. Mai 2011 auf durchschnittlich 28.400 Euro im Jahr 2007. Die höchste Forderung habe gut 150.000 Euro betragen. Von den Regressen bedroht seien vor allem Ärzte, die besonders hochpreisige Arzneimittel verschreiben, obwohl sie keine besondere Patientenstruktur aufzuweisen haben.

Außerdem bedeutet ein Regressbescheid noch lange nicht, dass es tatsächlich zu einer Honorarkürzung auch in der oben genannten Größenordnung kommt. Der betroffene Arzt kann gegen einen Regressbescheid nicht nur Widerspruch und Beschwerde einlegen. Auch kann er dagegen vor dem Sozialgericht klagen. Dies führt nicht selten zur Abwehr oder zumindest zur Minderung des Regresses.

Gefahr überschätzt. Anders als es die öffentlichen Äußerungen so mancher Ärztesfunktionäre suggerieren, ist der Regress also eher eine Randerscheinung als ein massenhaft auftretendes Ereignis. Durch eine frühzeitige und verbesserte Beratung durch die bei den KVen gebildeten Prüfungsausschüsse der Ärzte und Kassen wird seine Bedeutung weiter abnehmen. Im Übrigen haben auch KVen ausdrücklich darauf hingewiesen. So sah sich zum Beispiel die KV Westfalen-Lippe bereits im Oktober 2010 dazu veranlasst, in einer Pressemitteilung öffentlich klarzustellen, dass die „Gefahr von Arzneimittelregressen überschätzt“ werde. In dem oben erwähnten Beitrag des Deutschen Ärzteblatts versicherte der Vorsitzende der KV Westfalen-Lippe, Dr. Wolfgang-Axel Dryden, dass „kein Kollege, der seine Patienten angemessen versorge, Angst vor Prüfungen haben müsse“. Die Regresse sind daher eher ein gefühltes als ein tatsächliches Risiko. Dennoch stellen sie aus Sicht der Ärzte, aber insbesondere der Medizinstudierenden, ein bedeutendes Hemmnis für eine Niederlassung dar.

Dieser Stimmungslage in der Ärzteschaft ist die im schwarz-roten Koalitionsvertrag vorgesehene Absicht geschuldet, bis Ende 2014 die Wirtschaftlichkeitsprüfungen durch regionale Vereinbarungen zu ersetzen. Inwieweit diese wirksame Anreize für ein wirtschaftliches Verordnungsverhalten setzen können, bleibt indes abzuwarten.

Ungleich verteilte Honorare sorgen für schlechte Stimmung.

Insgesamt offenbart der genauere Blick auf die Kritik an der vertragsärztlichen Vergütung, dass die ökonomische Lage der Ärzte besser ist als ihre Stimmung. Allerdings ist nicht zu übersehen, dass innerhalb der Ärzteschaft die Honorare ungleich verteilt sind. Die aus dieser Schiefelage entstehende Unzufriedenheit verbunden mit einem komplexen Vergütungssystem fördert einfache Erklärungsmuster über die Ursachen der eigenen Situation. Die aber haben nichts mit der Wirklichkeit zu tun, sondern gehören ins Reich der Mythen. ■

Stephan Feldmann ist Referent für Vergütung in der Abteilung Ambulante Versorgung des AOK-Bundesverbandes.

Kontakt: Stephan.Feldmann@bv.aok.de

Bewertungsausschuss: Der Bewertungsausschuss ist ein Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an. Er setzt den Einheitlichen Bewertungsmaßstab als Honorarordnung der Vertragsärzte fest. Zudem beschließt er Regelungen zur vertragsärztlichen Vergütung.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM): Verzeichnis, nach dem ambulante ärztliche Leistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden. Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und stellt ihr in Punkten ausgedrücktes Wertverhältnis zueinander dar.

Grund- und Versichertenpauschalen: Die abrechenbaren Gebührenordnungspositionen im EBM lassen sich in Grund- und Versichertenpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen unterteilen. Die Grund- und Versichertenpauschalen sind in der Regel für jeden Patienten in einem Quartal abrechenbar. Zusatzpauschalen bilden den besonderen Aufwand für besondere Patientengruppen oder Behandlungen ab.

Punktzahl, Punktwert: Alle abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen werden im EBM mit Punktzahlen zueinander ins Verhältnis gesetzt. Der Punktwert ist ein in Cent bemessener Wert, der mit der Punktzahl einer ärztlichen Leistung multipliziert wird. Daraus ergibt sich die Höhe der Vergütung dieser Leistung.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung: Die Krankenkassen entrichten an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, mit der die meisten vertragsärztlichen Leistungen, die durch niedergelassene Ärzte abgerechnet werden, abgegolten sind (entspricht einem klassischen Budget). Etwa 30 Prozent der vertragsärztlichen Leistungen werden allerdings außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, also unbudgetiert, von den Krankenkassen vergütet. Darunter sind beispielsweise Früherkennungsleistungen, ambulante Operationen oder die antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie.

Honorarverteilung: Die KVen verteilen die von den Krankenkassen geleistete Gesamtvergütung an die Vertragsärzte entsprechend der abgerechneten Leistungen. Da die zu verteilenden Mittel budgetiert sind, weisen die KVen den Versorgungsbereichen (Haus- und Fachärzte) feste Anteile an der Gesamtvergütung zu, die erst auf die Arztgruppen und schließlich auf die einzelnen Praxen aufgeteilt werden. Diese zugewiesenen arzt- und praxisbezogenen Honorarvolumina werden häufig als Regelleistungsvolumina oder Individualbudget bezeichnet.

Regelleistungsvolumina (RLV): Nach Paragraph 87b SGB V alter Fassung (bis 31. Dezember 2011) wiesen die KVen im Rahmen der Honorarverteilung den Ärzten arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (RLV) zu. Ein RLV ist die von einem Arzt oder einer Praxis insgesamt abrechenbare Menge an Leistungen, die mit einem festen Punktwert vergütet werden. Darüber hinausgehende Leistungen werden mit einem verringerten Punktwert vergütet. Die RLV berechnen sich aus dem durchschnittlichen RLV-Fallwert und der RLV-Fallzahl – Größen, die aus der Abrechnung des Vorjahres ermittelt wurden. Im GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 1. Januar 2012 sind die Vorschriften zur Honorarverteilung reduziert. Die KVen wenden heute teilweise andere Methoden an, um arzt- und praxisbezogene Budgets zu ermitteln.

Quelle: AOK-Bundesverband, DIMDI, InEK