

report bayern

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)

April 2009

Reform der ärztlichen Honorare **Kein Problem der Höhe, sondern ein Problem der Verteilung**

Eigentlich hätte die Ärzteschaft die Honorarreform 2009 als vollen Erfolg feiern müssen. Erstens, erreichte die Ärzteschaft ihr langjährig verfolgtes strategisches Ziel, medizinische Leistungen nicht mehr in Punkten, sondern in Euro und Cent bewerten zu lassen. Die Kritik der Ärzte, dass sie unter den Bedingungen des Punktwertsystems nicht sofort wussten, was sie an der erbrachten Leistung verdienen und somit die betriebswirtschaftliche Führung ihrer Praxen gefährdet sei, gehört damit der Vergangenheit an.

Zweitens, diese Honorarreform bringt den Ärzten Geld, viel Geld. Nach der Verabschiedung der Reform im August 2008 wurde der Zuwachs des Honorarvolumens auf 2,7 Milliarden Euro kalkuliert. Mittlerweile geht der Spitzenverband der Krankenkassen davon aus, dass die Ärzte in Deutschland in diesem Jahr sogar 3,8 bis 3,9 Milliarden Euro mehr an Honoraren gegenüber 2007, dem Basisjahr der Honorarreform, erhalten werden.

Bundesweit keine Verlierer!

Drittens, alle Bezirke der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV-Bezirke) deutschlandweit verzeichnen

im Jahr 2009 einen millionenschweren Honorarzuwachs im Vergleich zu 2007. Selbstverständlich schwanken diese Zuwächse von Bezirk zu Bezirk. Die Spanne markieren Baden-Württemberg mit +2,5 Prozent und Thüringen mit +24,6 Prozent. Dass die KV-Bezirke in den neuen Bundesländern so deutlich zulegen, war politisch gewollt und diente dem Ziel, die gravierenden Unterschiede in der ärztlichen Honorierung zwischen West und Ost abzubauen. So stiegen bei einem bundesdurchschnittlichen Zuwachs von 11 Prozent die

In dieser Ausgabe:

- **Hausarztzentrierte Versorgung**
Kein Problem der Höhe, sondern ein Problem der Verteilung
- **Seltsame Verhandlungstaktik des Bayerischen Hausärzteverbandes**
- **Glosse**
Arzt – ein Mindestlohnberuf

Honorare im Osten um 19,7 und die im Westen um 8,3 Prozent.

Bezogen auf Bayern beträgt der Honorarzuwachs 6,3 Prozent. In einem Schiedsverfahren zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns und den Krankenkassen wurde der Inhalt der Honorarreform eins zu eins umgesetzt. Danach wird die Ärzteschaft in Bayern 280 Millionen Euro mehr an Honoraren erhalten als 2007. Rein rechnerisch bedeutet das, dass jeder Vertragsarzt in Bayern im Monat 1.000 Euro mehr Honorar bekommt. Auch gegenüber dem Jahr 2008 ist mit einem Honorarplus in Höhe von 5,2 Prozent zu rechnen.

Ein Spitzenplatz für Bayern

Die Hochrechnungen zeigen, dass die Gesamtvergütung je gesetzlich Versicherten im Jahr 2009 bundesweit bei 433,97 Euro liegen dürfte. Im Osten bedeutet das 415,03 Euro und im Westen 433,27 Euro pro Versicherten. Bayern nimmt dabei mit 477,84 Euro einen Spitzenplatz ein. Effektiv liegen die bayerischen Honorare mehr als 10 Prozent über dem Bundesdurchschnitt. Nur im KV-Bereich Berlin ist diese Gesamtvergütung pro Versicherten höher: 479,37 Euro. Korrekterweise soll man einen Flächenstaat mit einem Stadtstaat nicht vergleichen. Vergleicht man nur die Flächenstaaten, stellt man fest, dass die Gesamtvergütung pro Versicherten in Bayern fast 4,6 Prozent höher liegt als im zweitplatzierten Mecklenburg-Vorpommern und 12,8 Prozent höher als im benachbarten Baden-Württemberg.

An zwei Tatsachen im Zusammenhang mit der Verabschiedung der Honorarreform soll an dieser Stelle unbedingt erinnert werden. Erste Feststellung: Diese Honorarreform war von der Ärzteschaft gewollt.

Auch die Gesundheitspolitiker auf Bundes- und Landesebene waren über den Inhalt und die Konsequenzen dieser Reform informiert. Das heißt, die Verantwortung für die Folgen der Reform können Politik und Ärzteschaft im Bund und im Freistaat nicht abstreiten. Zweite Feststellung: Diese Reform wurde gegen das ausdrückliche Votum der Krankenkassen im Erweiterten Bewertungsausschuss verabschiedet.

Krankenkassen besorgt über die Finanzierung der Honorarreform

Es waren die Krankenkassen, die auf die sehr problematische Finanzierungsgrundlage der Reform hingewiesen haben. Die Milliarden von Euro für zusätzliche Honorare müssen von den Beitragszahlern – Arbeitnehmern und Arbeitgebern – geschultert werden. Im August 2008 wusste noch niemand, wie sich die Finanzierung des Gesundheitsfonds gestaltet und wie hoch der einheitliche Beitragssatz zur gesetzlichen Krankenversicherung festgesetzt wird. Die Befürchtungen der Krankenkassen wurden noch verstärkt, als bekannt wurde, dass der Gesundheitsfonds zum Startzeitpunkt nicht wie im Gesetz vorgesehen zu 100 Prozent finanziert wird. Das bedeutete in der Konsequenz einen zusätzlichen finanziellen Druck auf die Krankenkassen und bringt sie im schlimmsten Fall in die Gefahr, Zu-

DER KOMMENTAR

Patientenrechte wahren!

Pünktlich jeden Monat zahlen die Ersatzkassenversicherten ihre Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung. Und genauso pünktlich überweisen die Ersatzkassen die Beitragsgelder ihrer Versicherten als Honorare an die Ärzteschaft. Damit erfüllen sie ihre Vertragspflichten und erwarten von der anderen Seite – den Ärzten – ein ähnliches vertragskonformes Verhalten. Übrigens zahlen die Ersatzkassen seit Jahren ununterbrochen immer mehr Geld für immer mehr Ärzte in Bayern.

Vorkasse, Behandlungsverweigerung, Praxisschließung – das sind die Schlagwörter der letzten Monate. Die vermeintlichen Verlierer der Honorarreform demonstrieren auf den Plätzen bayerischer Städte für mehr Geld. Als Deckmäntelchen der pekuniären Lobby-Interessen dienen Plakate, die vom Wohle des Patienten und vom Erhalt der medizinischen Versorgung sprechen. Das klingt wie Hohn. Denn genau diese Patienten sind die Leidtragenden der Protestaktionen.

Es ist schlicht und ergreifend nicht nur unerträglich, sondern gesetzwidrig, wenn ein Arzt die Ersatzkassenversicherten nur gegen Bares behandeln will oder sie zum Wechsel der Krankenkasse drängt. Zugegeben, es sind derzeit noch Einzelfälle. Doch schon ein einziger Fall dieser Art ist ein Fall zuviel. Jeder Ersatzkassenversicherte, der seine Pflicht zur Beitragszahlung erfüllt hat, hat somit das uneingeschränkte Recht erworben, behandelt und medizinisch versorgt zu werden. In der gesetzlichen Krankenversicherung gibt es das Recht der Patienten auf medizinische Versorgung, aber kein Recht der Vertragsärzte auf Behandlungsverweigerung und Praxisboykott.



Dr. Ralf Langejürgen,
Leiter der
vdek-Landesver-
tretung Bayern

satzbeiträge von ihren Versicherten verlangen zu müssen.

Im August 2008 ahnte auch noch niemand, dass die schwerste Wirtschaftskrise der Nachkriegszeit bevorsteht, in deren Folge Deutschland im Jahr 2009 in eine tiefe Rezession hineinrutscht. Experten rechnen für das laufende Jahr bereits mit einem Rückgang des Bruttoinlandsproduktes um 5 Prozent. Dieser tiefe Einbruch führt unweigerlich zum Abbau sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze. Dies wiederum verursacht den Ausfall beitragspflichtiger Einnahmen bei den gesetzlichen Krankenkassen. Der finanzielle Druck auf die gesetzliche Krankenversicherung nimmt weiter zu, wobei unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds die zusätzliche finanzielle Bürde nur zulasten der Arbeitnehmer geht, die einen eventuellen Zusatzbeitrag alleine bezahlen müssten.

Kurzum, im Ergebnis der Honorarreform und in der aktuellen wirtschaftlichen Lage in Deutschland gehören Ärzte – und die bayerischen Ärzte allemal – zu den eindeutigen, wenn gar nicht einzigen Gewinnern.

Protest statt Jubel

Die Jubelrufe blieben aber in Bayern erstaunlicherweise aus. Stattdessen brandet seit Ende November 2008 eine Welle der Entrüstung. Eine Horrormeldung jagt die andere. Danach sollen die Ärzte in Bayern angeblich zu den Verlierern der Reform gehören. Darüber hinaus seien die ärztlichen Praxen von einer Pleitewelle bedroht und die flächendeckende ärztliche Versorgung im Freistaat sei akut gefährdet. Dem Aufschrei folgten vielerorts Protestaktionen einzelner Arztgruppen, Demonstrationen, Praxisschließungen sowie Versuche, gesetzlich Versicherte nur auf Privatrechnung oder gegen Zuzahlung zu behandeln.

Ausgelöst wurde dies durch die Veröffentlichung der Regelleistungsvolumina (RLV) durch die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Sie verglich eine Simulation – die zu erwartende Bezahlung von Regelleistungen im Jahr 2009 – mit einer anderen Simulation – die Bezahlung dieser Leistungen im Jahr 2008 (die endgültigen Abrechnungsergebnisse 2008 lagen noch nicht vor) – und kam zu dem spekulativen Schluss: Die Ärzte in Bayern werden 2009 massive Honorareinbrüche hinnehmen müssen. In der öffentlichen Diskussion vertauschte man – bewusst oder unbewusst sei dahingestellt – die Gesamtvergütung mit den Regelleistungsvolumen. Die Honorarreformgewinner wurden zu Reformverlierern arm gerechnet. Die Verwirrung war perfekt.

KV-Bereich	Zuwachs 2009 zu 2007 in Prozent	Gesamtvergütung 2009 je Versicherten
Baden-Württemberg	2,50 %	423,58 €
Bayern	6,30 %	477,84 €
Berlin	12,20 %	479,37 €
Brandenburg	16,10 %	407,65 €
Bremen	7,60 %	471,80 €
Hamburg	8,90 %	468,30 €
Hessen	10,40 %	436,99 €
Mecklenburg-Vorpommern	19,20 %	456,98 €
Niedersachsen	16,50 %	444,89 €
Nordrhein	6,50 %	411,36 €
Rheinland-Pfalz	8,60 %	415,22 €
Saarland	13,50 %	449,41 €
Sachsen	19,80 %	419,14 €
Sachsen-Anhalt	19,40 %	404,43 €
Schleswig-Holstein	6,30 %	406,72 €
Thüringen	24,60 %	396,36 €
Westfalen-Lippe	10,60 %	381,66 €
GKV	11,00 %	433,97 €
Ost	19,70 %	415,03 €
West	8,30 %	433,27 €

Quelle: Eigene Darstellung, Datenbasis KBV-Pressesgespräch vom 06. Februar 2009

Es gibt keine Verlierer!

Struktur der ärztlichen Honorare

Um die Diskussion zu versachlichen, genügt bereits der Blick in das neue Honorarsystem der Ärzte. Insgesamt überweisen die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Jahr ein Honorarvolumen in Höhe von 4,9 Milliarden Euro an die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns. Dieses Volumen besteht aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (78 Prozent), die budgetiert ist, und den extrabudgetären Leistungen (22 Prozent) wie ambulantes Operieren, Prävention, künstliche Befruchtung. Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung besteht ihrerseits aus der Vergütung von Regelleistungen (56 Prozent) und von freien, besonders förderungswürdigen Leistungen (44 Prozent) wie psychotherapeutische Leistungen, Schmerztherapie, Akupunktur, belegärztliche Leistungen.

Das bedeutet, dass die Regelleistungsvolumina rund 44 Prozent des gesamten Honorarvolumens ausmachen. Folglich sollte das Regelleistungsvolumen einer ärztlichen Praxis um 5 Prozent zurückgehen, würde ihr Umsatz nicht um 5, sondern um 2,2 Prozent sinken. Die Regelleistungen werden mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen festen Preisen vergütet. Beim Überschreiten des RLV werden die erbrachten Regelleistungen mit abgestaffelten Preisen vergütet. Somit steht fest: Die gesamte bayerische Ärzteschaft kann gar nicht zu den Verlierern der Honorarreform gehören.

Verwerfungen bei einigen Facharztgruppen

Das bedeutet aber nicht, dass sich die Vergütungen einzelner Arztgruppen 2009 gleich entwickeln werden. Die innerärztliche Umverteilung der Honorare war eine wichtige Intention der Reformer. Die Kas-

PKV Privat	IGeL – Sonstige Kostenträger
	Private Krankenversicherung (PKV)
GKV Kollektivvertrag	Selektivverträge (optional)
	Extrabudgetäre Leistungen (z. B. Prävention)
	Kostenerstattungen (z. B. Sachkosten)
	Leistungen im Vorwegabzug (z.B. Notdienst)
	RLV-überschreitende Leistungen
	Zusatzvolumen (z. B. QS-Zuschläge)
Regelleistungsvolumen in € (Fallwert)	
RLV – nur ein Teil des Honorars	

senärztliche Vereinigung Bayerns müsste es wissen, da sie am Reformvorhaben aktiv mitgewirkt hat.

In der Tat führt diese Umverteilung zwischen den Facharztgruppen zu schmerzhaften Verwerfungen, die mit den vorhandenen, durch den Gesetzgeber vorgegebenen Instrumentarien zu korrigieren sein werden. Damit steht fest, dass es ein akutes Problem bei der Verteilung des Honorarvolumens in Bayern gibt. Fest steht aber auch: Noch mehr Geld werden die Krankenkassen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns nicht zur Verfügung stellen können. Die finanziellen Spielräume sind restlos ausgeschöpft! Das ändert jedoch nichts an der Bereitschaft, im

Rahmen der gesetzlichen Möglichkeiten gemeinsam mit der Kassenärztlichen Vereinigung nach brauchbaren Lösungen für einen Ausgleich durch Umverteilung zu suchen.

Fehler werden korrigiert

Um das Schlimmste zu vermeiden, haben sich Krankenkassen und Ärzte auf Bundesebene am 15. Januar 2009 geeinigt, eine Konvergenzphase bei der Umsetzung der Honorarreform ab dem 1. April einzuleiten. Im Laufe der sieben Quartale bis Ende 2010 sollen die Honorarveränderungen dort begrenzt werden, wo ein übermäßiges Wachstum zu verzeichnen ist. Die eingesparten Mittel sollen dafür eingesetzt werden, die Einkommensverluste einzelner Arztgruppen zu mindern.

Auf Landesebene haben sich die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns und die Krankenkassen verständigt, dass gemäß dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 befristete Ausgleichszahlungen an Fachärzte geleistet werden sollen, wenn sich deren Honorar um mehr als 5 Prozent gegenüber dem Vorjahresquartal vermindert und die Honorarminderung auf die neue Vergütungssystematik zurückzuführen ist. Dabei haben die Krankenkassen unmissverständlich erklärt, dass dieser Ausgleich nur aus den vorhandenen Mitteln erfolgen kann. Eine Nachschusspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht nicht.

Hausarztzentrierte Versorgung Suche nach einem Vertrag der zweiten Generation

Im Rahmen des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes wurden die Krankenkassen dazu verpflichtet, selektive Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HZV) abzuschließen. Die Ersatzkassen hatten hierzu eine erste Generation von regionalen Verträgen abgeschlossen. Im Rahmen des GKV-Organisationsweiterentwicklungsgesetzes wurde der § 73b SGB V zur hausarztzentrierten Versorgung noch einmal geändert. Seit 1. Januar 2009 müssen die Krankenkassen mit ärztlichen Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks einer Kassenärztlichen Vereinigung vertreten, verbindliche Verträge über eine besondere hausärztliche Versorgung bis Ende Juni 2009 abschließen.

Die Ersatzkassen sehen diese Regelung äußerst kritisch. Anstelle der bisherigen freien Wahl des Vertragspartners hat der Gesetzgeber ein Angebotsmo-

nopol für bestimmte Organisationen geschaffen. Ein Suchprozess mit dem Ziel einer bestmöglichen Versorgung mutiert somit – wie die Erfahrung in Bayern zeigt – zu einem Wettbewerb um die höchsten Honorarforderungen, ohne dass die Versicherten davon einen Zusatznutzen hätten. Ein geradezu absurdes Wettbewerbsverständnis.

Erpressungsmethoden des BHÄV

Die AOK hat als erste Krankenkasse in Bayern mit dem Bayerischen Hausärzterverband (BHÄV) einen Vertrag nach § 73 b SGB V abgeschlossen. Schon bevor der AOK-Vertrag unterschrieben wurde, begann der BHÄV, ähnliche Vertragskonditionen auch von den anderen Kassenarten zu fordern. Dabei war dem Bayerischen Hausärzterverband jedes Mittel – einschließlich rechtswidriger Maßnahmen – recht. So drohte der BHÄV damit, Versicherte von nicht am



**HZV-Vertrag –
für Patienten und Hausärzte**

Vertrag beteiligten Krankenkassen nicht mehr behandeln zu lassen oder sie zu einem Wechsel zur AOK aufzufordern.

Die Ersatzkassen sehen in dem AOK-Vertrag keine geeignete Grundlage für konstruktive Verhandlungen. Eine beson-

dere hausärztliche Versorgung kann nicht bedeuten: Leistungen wie bisher, aber zu einem höheren Preis. Würde man diesen Vertrag bundesweit flächendeckend umsetzen, müssten dann allein die Versicherten der Ersatzkassen mit weiteren zwei Milliarden Euro an jährlichen Zusatzlasten rechnen. Auf die gesamte gesetzliche Krankenversicherung hochgerechnet kommen Mehrbelastungen von bis zu 5 Mrd. Euro auf die Versicherten zu. In einem solchen Szenario müssten die Versicherten Zusatzbeiträge in nennenswerter Höhe zahlen, ohne dafür messbaren Zusatznutzen zu bekommen. Das können und wollen die Ersatzkassen ihren Versicherten nicht zumuten.

AOK-Vertrag ist kein Vorbild

Der AOK-Vertrag kann aus mehreren Gründen von den Ersatzkassen nicht eins zu eins übernommen werden. Erstens, die beiden Kassenarten haben unterschiedliche Versichertenstrukturen. Zweitens, die Morbidität der Versicherten ist ebenso unterschiedlich. Und drittens, die Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen durch die Ersatzkassenversicherten unterscheidet sich grundlegend von derjenigen der AOK-Versicherten. Dies wird deutlich, wenn man sich die Geldflüsse in dem Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) anschaut. Während die Allgemeinen Ortskrankenkassen mehr als 2,4 Mrd. Euro pro Jahr aus dem Morbi-RSA zusätzlich erhalten, bekommen die Ersatzkassen 0,6 Mrd. Euro weniger.

Ohne den AOK-Vertrag erhalten die Hausärzte in Bayern nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung pro Kassenpatient ca. 61 Euro im ersten Quartal 2009. Das ist der Preis der medizinischen Leistungen, die von den Versicherten tatsächlich in Anspruch genommen wurden. Der Bayerische Hausärzteverband will, dass die Ersatzkassen wie die AOK Bayern die Einheitspauschale in Höhe von 84 Euro pro Versicherten im Quartal unabhängig vom Leistungsbedarf ihrer Versicherten zahlen. Das bedeutet ein durchschnittliches Honorarplus von fast 40 Prozent, und das ohne nennenswerte Zusatzleistung. Ihren Versicherten können die Ersatzkassen solch ein Modell nicht vermitteln und wollen es ihnen auch nicht zumuten.

HZV-Vertrag soll kostenneutral sein

Die freie Arztwahl ist für die Ersatzkassenversicherten ein hohes Gut. Dieser Grundsatz war schon immer ein Markenzeichen der Ersatzkassen. Die Versicherten mit Kosten eines Vertrages zu belasten, von dem sie nicht wirklich profitieren, ist nicht gerecht. Wenn sich aber Versicherte dennoch zu einem Verzicht auf freie Arztwahl entscheiden sollten, dann müssen sie mit einer spürbaren Gegenleistung entschädigt werden. Mehr Geld darf nur das kosten, was auch besser ist.

Das Wirtschaftlichkeitsverständnis der Ersatzkassen in diesem Sinne teilt im Übrigen auch ihre Aufsichtsbehörde, das Bundesversicherungsamt: Die hausarztzentrierte Versorgung soll nach dem Willen des Gesetzgebers helfen, durch bessere Qualität und effizientere Strukturen Wirtschaftlichkeitsreserven im Medizinbetrieb auszuschöpfen. Für die HZV gilt uneingeschränkt das Wirtschaftlichkeitsgebot des Sozialgesetzbuches V.

Zweite Generation der Hausarztverträge

Angesichts ernüchternder Erfahrungen mit Hausarztverträgen der ersten Generation knüpfen die Ersatzkassen ganz konkrete Erwartungen an die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V. Mit den Verträgen der zweiten Generation wollen die Ersatzkassen eine leistungsgerechte und qualitätsorientierte Vergütung hausärztlicher Leistungen erreichen. Die Qualität der hausärztlichen Versorgung muss spürbar steigen. Es darf sich nicht wiederholen, dass zwei Drittel der teilnehmenden Versicherten – wie eine Umfrage bei einer großen Ersatzkasse zeigte – keinen Unterschied zur früheren Versorgung feststellen konnten. Zu der hausarztzentrierten Versorgung gehören unter anderem eine verbesserte Zusammenarbeit zwischen den Haus- und Fachärzten sowie den Krankenhäusern, eine konsequente Anwendung von evidenzbasierten Leitlinien, eine effizientere und adäquatere Medikamentenversorgung, zusätzliche Leistungen wie z.B. Prävention, besondere Serviceangebote wie Abendsprechstunden und kürzere Wartezeiten.

Um eine sinnvolle Umsetzung der gesetzlichen Vorgaben zu erreichen, haben die Ersatzkassen einen Ideenwettbewerb ausgerufen. Ziel des Wettbewerbs ist es, das schöpferische Potenzial der Ärzteschaft für neue Lösungen zu aktivieren. Mit dem Aufruf an interessierte Gemeinschaften machen die Ersatzkassen deutlich, dass die neue Generation der Hausarztverträge allen offensteht, die gemeinsam mit ihnen intelligente Lösungen entwickeln möchten. Ein zukunftsfähiger Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung darf deshalb nicht nur für die Hausärzte attraktiv sein, sondern muss auch den gewachsenen Ansprüchen der Versicherten gerecht werden.

Seltsame Verhandlungstaktik des Bayerischen Hausärzteverbandes

Vieles ist ziemlich merkwürdig an den Verhandlungen zwischen den Ersatzkassen und dem Bayerischen Hausärzteverband (BHÄV) über die hausarztzentrierte Versorgung, angefangen mit der gesetzlichen Verpflichtung der Krankenkassen, mit einem Monopolisten den Vertrag bis zum 30. Juni 2009 zu schließen.

Schon vor dem Inkrafttreten der gesetzlichen Regelungen im § 73 b SGB V zum 1. Januar 2009 forderte der Bayerische Hausärzteverband die Ersatzkassen auf, Verhandlungen aufzunehmen. Die Ersatzkassen signalisierten Dialogbereitschaft und bereits am 11. Dezember 2008 kam es zu einem ersten Sondierungsgespräch. Doch statt ernsthaft zu sondieren, konfrontierte der BHÄV die versammelten Gesprächspartner sofort mit einem „Ultimatum“: Entweder die Ersatzkassen akzeptieren einen Vertrag, der identisch mit dem AOK-Vertrag ist, oder der Hausärzteverband beendet die Gespräche! Eigenartig war nur, dass es zu dem damaligen Zeitpunkt streng juristisch gesehen noch gar keinen AOK-Vertrag gab. Es existierte lediglich eine unterschriebene Absichtserklärung, den früheren AOK-Vertrag weiterführen zu wollen, mit einer Tabelle, die die Preise der hausärztlichen Leistungen enthielt.

Diskreditierungskampagne des BHÄV

Sollten die Ersatzkassen diesem „Verhandlungsangebot“ des Hausärzteverbandes nicht folgen, drohte er vorsorglich mit einer breiten Palette von Druckmitteln und -maßnahmen und lieferte bereits am 29. Dezember 2008 als Beleg dafür entsprechende Plakat-

entwürfe, die ab Mitte März 2009 in der Tat in manchen Hausarztpraxen aufgehängt wurden. In der Öffentlichkeit startete der BHÄV bereits vor der Jahreswende eine massive Pro-AOK-Kampagne, um alle anderen Krankenkassen zu diskreditieren, die nicht bereit waren, einen Vertrag à la AOK abzuschließen.

Es wurde die Parole ausgegeben, nur dank dem guten AOK-Vertrag könne die hausärztliche Versorgung in Bayern vor dem Zusammenbruch gerettet werden. Dieser Vertrag ermögliche eine Fallpauschale von über 80 Euro pro Versicherten im Quartal. Im Zuge der Honorarreform würden die Hausärzte von den anderen Krankenkassen nur 41 Euro pro Versicherten im 1. Quartal 2009 erhalten. Mit dieser Begründung drohte der BHÄV, die Versicherten der Ersatzkassen und der anderen Nicht-AOK-Kassen nur im Notfall zu behandeln. Bewusst ausgeblendet wurde dabei die Feststellung der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, dass der durchschnittliche Fallwert nicht bei 41 Euro, sondern bei 61 Euro und somit um 49 % (!) über dem vom BHÄV behaupteten Wert liegt.

Durch die Not- bzw. Nicht-Behandlung sollten die Patienten dafür bestraft werden, dass ihre Kasse mit dem BHÄV keinen Vertrag à la AOK abgeschlossen hat! Der Aufruf des Hausärzteverbandes dazu ist mit einem Aufruf zum Gesetzes- und Vertragsbruch gleichzusetzen. Nicht nur die AOK-Versicherten – alle Versicherten haben einen Rechtsanspruch auf eine medizinisch notwendige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Behandlung nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen

Erkenntnisse sowie in der gebotenen Qualität, und zwar unabhängig von der Kassenzugehörigkeit oder der Teilnahme an etwai- gen Hausarztverträgen. Im Falle einer Behandlungsverweigerung setzen Hausärzte ihre Kassenzulassung aufs Spiel.

FAKTEN – FAKTEN – FAKTEN

Einkommenssituation der Ärzte und ihrer Patienten

Der durchschnittliche Umsatz aus der Behandlung gesetzlich Versicherter (ohne Privatpatienten) erreichte im Jahr 2007 in Bayern 219.523 Euro pro Arzt. Daraus ergab sich ein durchschnittliches Einkommen vor Steuern in Höhe von 98.353 Euro pro Arzt. Das bayerische Niveau liegt 6,6 Prozent über dem Durchschnitt der alten Bundesländer.

Die private Krankenversicherung gab im Jahr 2007 durchschnittlich ca. 33.100 Euro pro niedergelassenen Arzt aus.

Unter allen freien Berufen verdienen nur Zahnärzte und Fluglotsen besser als Ärzte.

Die durchschnittlichen Bruttoverdienste der Arbeitnehmer lagen im Jahr 2007 bei ca. 28.000 Euro. Die ausgezahlte durchschnittliche Rente im Jahr 2007 belief sich auf 8.328 Euro in den alten Bundesländern.

Diagnose-Codierung als Druckmittel

Außer der angedrohten Behandlungsverweigerung griff der Bayerische Hausärzteverband zu einem weiteren gesetzwidrigen Mittel. In einem Rundfax vom 16. Dezember 2008 bat der BHÄV-Vorstand die Hausärzte dringend, „noch vor den Weihnachtsfeiertagen bei Ihren AOK-Patienten die genaue Diagnose-Codierung durchzuführen“. Die Hausärzte wurden angehalten, die AOK-Patienten „auch hinsichtlich der 80 RSA-relevanten Diagnosen“ zu überprüfen. Sie wur-

den ausdrücklich darauf hingewiesen, „dass wir derzeit ausschließlich für die AOK die Codierung überprüfen“. Für einen Laien klingen die Aufrufe des BHÄV an die Hausärzte harmlos. In Wirklichkeit ging es um bares Geld.

Unter den Bedingungen des morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs erhalten die Krankenkassen für die medizinische Behandlung ihrer Versicherten Zuweisungen entsprechend der von einem Arzt vorgenommenen Diagnosecodierung des Versicherten. Wird eine Diagnose nicht vollständig oder gar nicht codiert, fehlt der Krankenkasse das Geld, um die Versorgung der betroffenen Versicherten zu finanzieren. Eine nicht vollständige Codierung ist auch eine Fehlcodierung.

Eine bewusste Fehlcodierung durch einen Arzt ist rechtswidrig. Wie das Bayerische Gesundheitsministerium feststellte: „Der bewusst falsch codierende Arzt kann damit zugleich auch den Tatbestand der Untreue bzw. des Betruges begehen. In gleicher Weise ist rechtswidrig, wenn eine ärztliche Gruppierung zur Durchsetzung eines Selektivvertrages damit droht, dass sie ihre Mitglieder auffordern wird, bewusst falsch zu codieren, wenn nicht ein Vertrag gemäß den finanziellen Vorstellungen dieser Gruppierung von der Kasse angeboten wird“. Und weiter: „Ein unterschiedliches Codierungsverhalten eines Arztes, je nach dem, ob sich ein Patient in einem bestimmten Hausarztvertrag einschreibt oder nicht, ist rechtswidrig“.

Rechtswidrige Beeinflussung des Kassenwahlrechts

Um die Ersatzkassen und ihre Partner von den anderen Kassenarten am Verhandlungstisch noch gefügiger zu machen, setzte der Hausarztverband ein weiteres sehr fragwürdiges Druckmittel ein. Die Hausärzte, so der Wunsch des BHÄV, sollen die Versicherten zum Wechsel zur AOK überreden. Dazu sollten persönliche Gespräche, „Patienteninformationen“, Plakate u. ä. dienen. Den Hausärzten wurde seitens des BHÄV aber nicht mitgeteilt, dass selbst die schlichte Aufforderung zum Kassenwechsel einen Verstoß gegen das Neutralitätsgebot darstellt. Wegen einer geplanten „Patienteninformation“ wurde der Hausarztverband von der Wettbewerbszentrale abgemahnt.

Eine alte Weisheit lautet: Ein Monopolist fürchtet den Wettbewerb. Dies gilt auch für den Bayerischen Hausärzterverband. Als der Verband der Ersatzkassen einen Ideenwettbewerb um eine bessere haus-

FAKTEN – FAKTEN – FAKTEN

Erwerbssituation der Ärzte und ihrer Patienten

Im Jahr 2007 betrug die bundesweite Arbeitslosenquote bei Ärzten 1,1 Prozent.

Nach Angaben der Bayerischen Ärztekammer waren 1.883 Ärzte in Bayern im März 2009 arbeitslos gemeldet. Bezogen auf die Gesamtzahl der Ärzte in Bayern in Höhe von 69.218 liegt die Quote bei 2,72 Prozent.

Die Arbeitslosenquote in Bayern lag im März 2009 dagegen bei 5,2 Prozent – mit deutlich steigender Tendenz!

Nur fünf Praxen von Allgemeinmedizinerinnen in Bayern gingen 2008 pleite. 2006 waren es zwölf und 2007 acht Praxen. Die Insolvenzquote lag 2008 unter 0,1 Prozent!

Ähnlich niedrig sind die Insolvenzzahlen bei Fachärzten: Drei Insolvenzen im Jahr 2008, dreizehn im Jahr 2007 und sechs im Jahr 2006.

Die Anzahl der Pleiten pro 10.000 Unternehmen in Deutschland belief sich 2008 auf 96. Damit lag die Insolvenzquote bei knapp einem Prozent.

ärztliche Versorgung am 25. Februar 2009 auf Bundes- und Landesebene ausrief, fühlte sich der BHÄV um seine Stellung als allein infrage kommenden Vertragspartner bedroht und reagierte mit der durch nichts belegten Behauptung, der Ideenwettbewerb sei rechtswidrig.

Poltern statt verhandeln

Statt auf die Einwände der Ersatzkassen einzugehen, versuchte der BHÄV die Hausärzte mit Unwahrheiten und Halbwahrheiten zu mobilisieren. Der Hausärzterverband schreckte nicht einmal davor zurück, seine eigenen Mitglieder zum rechts- und vertragswidrigen Verhalten aufzurufen. Vergeblich! Die überwiegende Mehrheit der bayerischen Hausärzte behandelt die Ersatzkassenversicherten ordnungsgemäß und lässt sich nicht instrumentalisieren.

Und was geschah bislang am Verhandlungstisch? Statt ernsthaft zu verhandeln, eröffnete der BHÄV den Streit über Formalitäten und versuchte wiederholt die Mandatierung der Verhandlungspartner auf der Kassenseite in Zweifel zu ziehen. Nach der letzten Verhandlungsrunde, die vom BHÄV aus formalen Gründen abgebrochen wurde, stellt sich die Frage: Wie zuverlässig ist ein Vertragspartner, der nicht die Bedürfnisse der Patienten, sondern die eigenen finanziellen Forderungen in den Mittelpunkt stellt und zu rechtswidrigen Methoden greift, um diese durchzusetzen? Konstruktive Verhandlungen über die bestmögliche hausärztliche Versorgung der Versicherten im Freistaat sehen jedenfalls anders aus.

Glosse

Arzt – ein Mindestlohnberuf

„Eine Autoinspektion kostet mehr als eine Augenuntersuchung“, verblüffte ein Augenarzt seinen Patienten. Und der Patient musste dem Arzt Recht geben, weil sein Auto kürzlich beim TÜV war. „Für Ihre Behandlung bekomme ich von der Krankenkasse 18 Euro im Quartal. Ein Friseur verdient derweil besser als ich“, so begrüßte ein Frauenarzt seine Patientin. Und die Patientin bekam Mitleid mit dem Doktor, denn für dieses Geld kann sie sich in der Tat keine Dauerwelle machen lassen. „Ein Klempner würde für das Geld, das ich kriege, nicht einmal zu Ihnen nach Hause kommen, geschweige denn arbeiten“, stellte ein Orthopäde fest. Und sein Patient, der vergangene Woche einen Wasserinstallateur wegen der Rohrverstopfung rufen musste, zeigte volles Verständnis für die finanzielle Misslage des Mediziners.

Gutgläubigkeit der Patienten wird ausgenutzt

Seit Jahresbeginn ertönen solche Klagen in den Praxen einiger Fachärzte in Bayern. Da ein Arzt für den Patienten eine fachliche Autorität darstellt und ein fast uneingeschränktes Vertrauen genießt, wird solchen pekuniären Beschwerden der Ärzte leicht Glauben geschenkt, ohne den Wahrheitsgehalt der Aussagen zu hinterfragen. Der in dieser Form ausgeübte psychische Druck erzeugt bei den Patienten Verständnis, Mitleid, sogar Schuldgefühle: Mein guter Doktor verdient so schlecht. Von dieser Meinung zu einer erzwungenen Zuzahlung ist es nur ein kurzer Schritt. Zwanzig, dreißig Euro zuzuzahlen ist wohl kein großes Geld, denn es geht um die eigene Gesundheit. Ein Patient, der sich in den Fi-

nissen des geltenden Honorarsystems nicht auskennt, ist eine leichte Beute für die Mitleiderzeuger im weißen Kittel.

Sich selbst arm zu rechnen ist derzeit eine Art Facharztsport in Bayern. Elektronische und Printmedien berichten darüber fast genauso oft wie über die aktuelle Weltwirtschaftskrise. Politiker stellen sich auf die Seite der vermeintlichen Opfer der Honorarreform und entdecken bei Fachärzten ein Wählerpotenzial im Superwahljahr 2009. Wenn es so weitergeht, sollten die ärztlichen Berufsverbände bei der Bundesregierung beantragen, dass die fachärztliche Versorgung in Deutschland zu einer weiteren Mindestlohnbranche erklärt wird: Dachdecker, Gebäudereiniger, Briefzusteller, Fachärzte.

Verkürzung und Verschleierung

Statt offen zu kommunizieren, werden Halbwahrheiten über die angeblich so miserable Honorierung fachärztlicher Leistungen in die Welt gesetzt. Spekulationen treten an die Stelle von Tatsachen. Kein Arzt, kein Kassenmanager und kein Gesundheitspolitiker kann zum heutigen Zeitpunkt genau sagen, was die Honorarreform bei einzelnen Arztgruppen wirklich bewirkt. Die ersten sicheren Daten darüber werden erst Anfang Juli 2009 vorliegen, wenn die Abrechnung der im ersten Quartal 2009 erbrachten medizinischen Leistungen abgeschlossen ist.

Die Unsicherheit bei manchen Ärzten wegen der Umsetzung der Honorarreform ist erklärbar. Nicht erklärbar dagegen ist die anhaltende Panikmache ohne Rücksicht auf die sich laufend verschlimmernde Wirtschaftskrise. Die Initiatoren der Niedrigpreisdebatte müssen nur aufpassen, dass diese nicht in eine Neiddebatte umkippt. Teile der Ärzteschaft sind dabei, den guten Ruf ihres Berufsstandes zu verspielen. Es ist zu hoffen, dass die Besonnenen unter den Ärzten sich möglichst bald wieder vernehmlicher zu Wort melden. Für eine Umkehr ist es noch nicht zu spät, aber die Zeit drängt!

Fachgebiet	Einnahmen* (von Kassenversicherten)	Reinertrag nach Abzug sämtlicher Praxiskosten*
Radiologen	673 000 (62,0 %)	209 000
Orthopäden	382 000 (61,9 %)	160 000
Urologen	313 000 (68,6 %)	141 000
Chirurgen	350 000 (63,8 %)	137 000
Internisten	287 000 (73,3 %)	126 000
Ärzte insgesamt	272 000 (75,0 %)	126 000
Augenärzte	267 000 (66,8 %)	124 000
HNO-Ärzte	267 000 (69,1 %)	124 000
Frauenärzte	264 000 (73,0 %)	119 000
Hautärzte	269 000 (60,6 %)	119 000
Kinderärzte	241 000 (82,8 %)	115 000
Neurologen/ Psychotherapeuten	208 000 (77,0 %)	104 000
Allgemeinärzte/ Prakt. Ärzte	219 000 (82,9 %)	104 000
Chefärzte (Krankenhaus)		278 000
Oberärzte (Krankenhaus)		99 000

* in Euro

Quellen: Kostenstruktur Arztpraxen, Fachserie 2 für 2003, Statistisches Bundesamt, erschienen August 2006.
Kienbaum-Vergütungsstudie, aus: Deutsche Krankenhausgesellschaft/„Das Krankenhaus“, Ausgabe August 2006.

Foto: Riese

Ärzte sind Spitzenverdiener

IMPRESSUM

Herausgeber:

Landesvertretung Bayern des vdek

Arnulfstr. 201 a · 80634 München

Telefon: 0 89 / 55 25 51-0 · Telefax: 0 89 / 55 25 51-14

E-Mail: LV_bayern@vdek.com

Verantwortlich: Dr. Ralf Langejürgen · Redaktion: Dr. Sergej Saizew