

Bundesministerium für Gesundheit

**Fragen und Antworten
zur Honorarreform
der niedergelassenen Ärzte**

Stand 26. März 2009

FRAGEN UND ANTWORTEN ZUR VERGÜTUNGSREFORM

DERZEITIGE VERSORGUNGSSITUATION	4
Wie stellt sich die derzeitige Versorgungssituation mit Ärzten dar?	4
Gibt es eine zunehmende Abwanderung von Ärzten ins Ausland?	4
DERZEITIGE VERGÜTUNGSSITUATION	4
Was verdient ein Arzt im Bundesdurchschnitt (Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung) ?	4
Welche Vergütungsunterschiede gibt es zwischen Regionen und Arztgruppen?	5
Welche zusätzlichen Einnahmen können Ärzte erzielen?	5
Wie viel verdienen Ärzte im Vergleich zu anderen freien Berufen?	5
Wie viel verdienen Ärzte im Vergleich zu Angestellten?	6
Wie viel verdienen Ärzte im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen?	6
ALLGEMEINES ZUR VERGÜTUNGSREFORM	7
Was wollte man mit der Vergütungsreform erreichen?	7
Was haben die Ärzte davon?	7
Was haben die Versicherten davon?	7
Wer setzt die Vergütungsreform um?	8
Welche Rolle hat das Bundesministerium für Gesundheit?	8
FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER VERGÜTUNGSREFORM – BUND	8
Warum erfolgt immer ein Vergleich des Zeitraums 2007 bis 2009?	8
Welche Mehrhonorare ergeben sich durch die Vergütungsreform?	9
Bis vor kurzem war nur von Mehrhonorare in Höhe von 2,7 Mrd. Euro die Rede. Warum gibt es jetzt auf einmal mehr?	9
Die Kassen nennen sogar Mehrhonorare in Höhe von 3,9 Mrd. Euro. Stimmt das?	9
Wie ist der Vergütungsanstieg überhaupt zu bewerten?	9
FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER VERGÜTUNGSREFORM – REGIONAL	11
Welche Ergebnisse sind in den einzelnen Regionen zu erwarten?	11
Welche Honorarzuwächse wurden von 2007 auf 2008 in den einzelnen Regionen erzielt?	12
Warum gab es bereits 2008 so große Honorarzuwächse?	12
Gibt es noch Spielräume für Honorarzuwächse 2008 / 2009?	13
AUSWIRKUNGEN DER VERGÜTUNGSREFORM IN DEN "PROBLEMREGIONEN"	13
Woraus ergeben sich regional unterschiedliche Honorarzuwächse?	13
Kommt es durch die Preisangleichung nicht zu neuen Ungerechtigkeiten?	13
Warum gibt es in einigen Regionen – wie in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein und Schleswig-Holstein – besondere Probleme?	13
Muss man in diesen Regionen jetzt mit Praxisschließungen rechnen?	14
Stimmt es, dass die Ärzte die Behandlung der Versicherten nicht mehr kostendeckend erbringen können?	14

Welche generellen Probleme treten auf?	14
Wer kann die regional auftretenden Probleme lösen?	14
AUSWIRKUNGEN AUF DEN EINZELNEN ARZT	15
Wie läuft die Vergütung nach der Vergütungsreform aus Sicht eines Arztes ab?.....	15
Was ist ein Regelleistungsvolumen?.....	15
Seit wann gibt es die Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina?	15
Warum muss es überhaupt eine Mengensteuerung geben?	16
Unterliegen alle Leistungen der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina?.....	16
Unterliegen alle Arztgruppen der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina?.....	16
Wer finanziert die Leistungen, die nicht unter die Mengensteuerung fallen?	17
Was passiert wenn ein Arzt sein Regelleistungsvolumen ausgeschöpft hat? Muss er dann umsonst arbeiten?	17
Entspricht das Regelleistungsvolumen dem Honorar des Arztes?	17
Welche Anteile vom Honorar des Arztes entfallen auf "freie Leistungen"?	18
Wie hoch sind die Honorare, die insgesamt an einen Arzt im ersten Quartal 2009 ausgezahlt werden?.....	18
Welche Vorgaben macht das Gesetz zur konkreten Berechnung der Regelleistungsvolumina?	19
Welche Rolle spielen Rückstellungen und Vorwegabzüge?	19
Welchen Spielraum haben die regionalen Vertragspartner hinsichtlich der Rückstellungen und Vorwegabzüge?	20
Haben die Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Spielräume?.....	20
Wie wird das Regelleistungsvolumen eines Arztes genau berechnet?	20
Warum unterscheiden sich die Fallwerte zwischen den Arztgruppen und zwischen den Regionen?	21
Warum sind die Fallwerte einiger Arztgruppen so niedrig?	21
Warum sind die Fallwerte im 2. Quartal niedriger als im 1. Quartal?	22
AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERSORGUNG DER PATIENTEN	23
Stimmt es, dass einem Arzt pro Quartal nur noch ein fester Betrag - z.B. 35 Euro - zur Behandlung eines Patienten zur Verfügung steht?	23
Stimmt es, dass pro Patient nur noch eine Behandlung pro Quartal erbracht und abgerechnet werden kann?.....	23
Was kann ein Patient machen, wenn ein Arzt ihm die Behandlung verweigert oder wenn er "Vorkasse" von ihm verlangt?	23
AUSBLICK	24
Wie geht es jetzt weiter mit der Vergütungsreform?	24

DERZEITIGE VERSORGUNGSSITUATION

Wie stellt sich die derzeitige Versorgungssituation mit Ärzten dar?

Die Versorgungssituation mit ambulant tätigen Ärzten ist in Deutschland insgesamt sehr gut. Im Jahr 2007 gab es in Deutschland 137.538 ambulant tätige Ärzte, davon rund 120.000 Vertragsärzte, 6.900 Privatärzte und 10.400 angestellte Ärzte. Die Anzahl der ambulant tätigen Ärzte ist damit seit 1997 um rund 13 Prozent angestiegen. Demgegenüber ist die Zahl der zu versorgenden Versicherten (gesetzliche Krankenversicherung/GKV und private Krankenversicherung/PKV) im gleichen Zeitraum nur um rund 0,2 Prozent angewachsen. Ergebnis: Es gibt immer mehr Ärzte pro Einwohner. Im internationalen Vergleich gehört Deutschland damit nach wie vor zu den Ländern mit überdurchschnittlicher Ärztedichte. Andere Länder versorgen ihre Bevölkerung mit deutlich weniger Ärzten.

Gibt es eine zunehmende Abwanderung von Ärzten ins Ausland?

Nein. Es gibt Ärzte, die sich für eine Tätigkeit im Ausland entscheiden. Dabei handelt es sich jedoch keinesfalls um eine Massenbewegung. Tatsächlich ist die Zahl der abwandernden Ärzte im Verhältnis zur Gesamtzahl der in Deutschland tätigen Ärzte überaus gering. In der Realität nehmen jedes Jahr zudem etwa gleich viele deutsche Ärzte eine Tätigkeit im Ausland auf, wie ausländische Ärzte in Deutschland. In den letzten Jahren sind laut Bundesärztekammer jährlich zwischen 1.400 und 2.000 ausländische Ärzte zugewandert. Die größte Zahl der zugewanderten ausländischer Ärzte kommt aus Russland/der ehemaligen Sowjetunion, gefolgt von Österreich. Rund 70 Prozent von ihnen kommen aus Europa. Im Jahr 2007 wanderten etwa 2.400 Ärzte ins Ausland ab. Auch hier sind die Zahlen im Zeitablauf relativ konstant. Die beliebtesten Auswanderungsländer sind die Schweiz, Österreich und die USA. Nur wenige Ärzte nehmen ihre Arbeit in Großbritannien auf, also in dem Land, in das deutsche Ärzte in der öffentlichen Wahrnehmung angeblich verstärkt abwandern.

DERZEITIGE VERGÜTUNGSSITUATION

Was verdient ein Arzt im Bundesdurchschnitt (Einnahmen aus der gesetzlichen Krankenversicherung)?

Im Jahr 2007 lag der bundesdurchschnittliche Umsatz, den ein Arzt aus der Abrechnung mit der GKV erzielte, bei 206.247 Euro. Dieser Umsatz darf aber nicht mit dem Einkommen der Ärzte gleichgesetzt werden, da die Ärzte daraus auch ihre relativ hohen Praxiskosten finanzieren müssen. Nach Angaben der ärztlichen Gremien müssen dafür derzeit im Schnitt rund 55 Prozent der Umsätze aufgewendet werden. Nach einem entsprechenden Abzug der Praxiskosten verbleibt somit ein GKV-Überschuss von durchschnittlich 91.780 Euro.

Welche Vergütungsunterschiede gibt es zwischen Regionen und Arztgruppen?

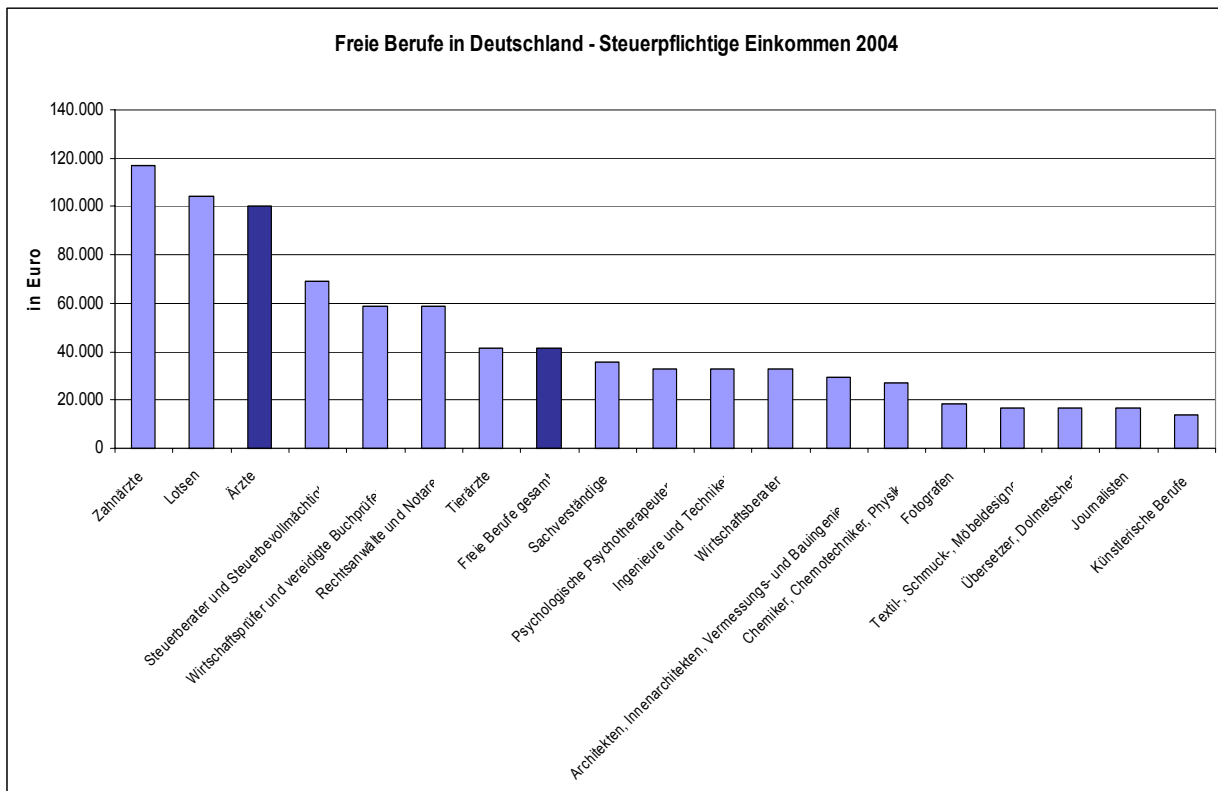
Die Einkommenssituation ist zwischen den Regionen und Arztgruppen verschieden. Die durchschnittlichen GKV-Überschüsse variieren zwischen 72.509 Euro in Berlin und 106.161 in Nord-Württemberg. Hausärzte erzielten i.d.R. geringere Überschüsse als Fachärzte, jedoch bestehen auch innerhalb der Fachärzteschaft große Unterschiede. Während Radiologen im Durchschnitt 113.019 Euro erzielt haben, erreichten Psychiater ein Jahreseinkommen von nur 64.848 Euro.

Welche zusätzlichen Einnahmen können Ärzte erzielen?

Neben den GKV-Einnahmen erzielen Ärzte Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit. Hierzu gehören vor allem die Einnahmen aus der Versorgung von Privatpatienten und die Einnahmen für die sogenannten Individuellen Gesundheitsleistungen (IGe-Leistungen). Privateinnahmen machten in der Vergangenheit schätzungsweise etwa 10 Prozent (neue Länder) bzw. 20 Prozent (alte Länder) der Gesamteinnahmen der Ärzte aus. Damit lagen die Gesamtüberschüsse der Ärzte im Jahr 2007 schätzungsweise bei rund 109.000 Euro in den alten und rund 100.000 Euro in den neuen Ländern.

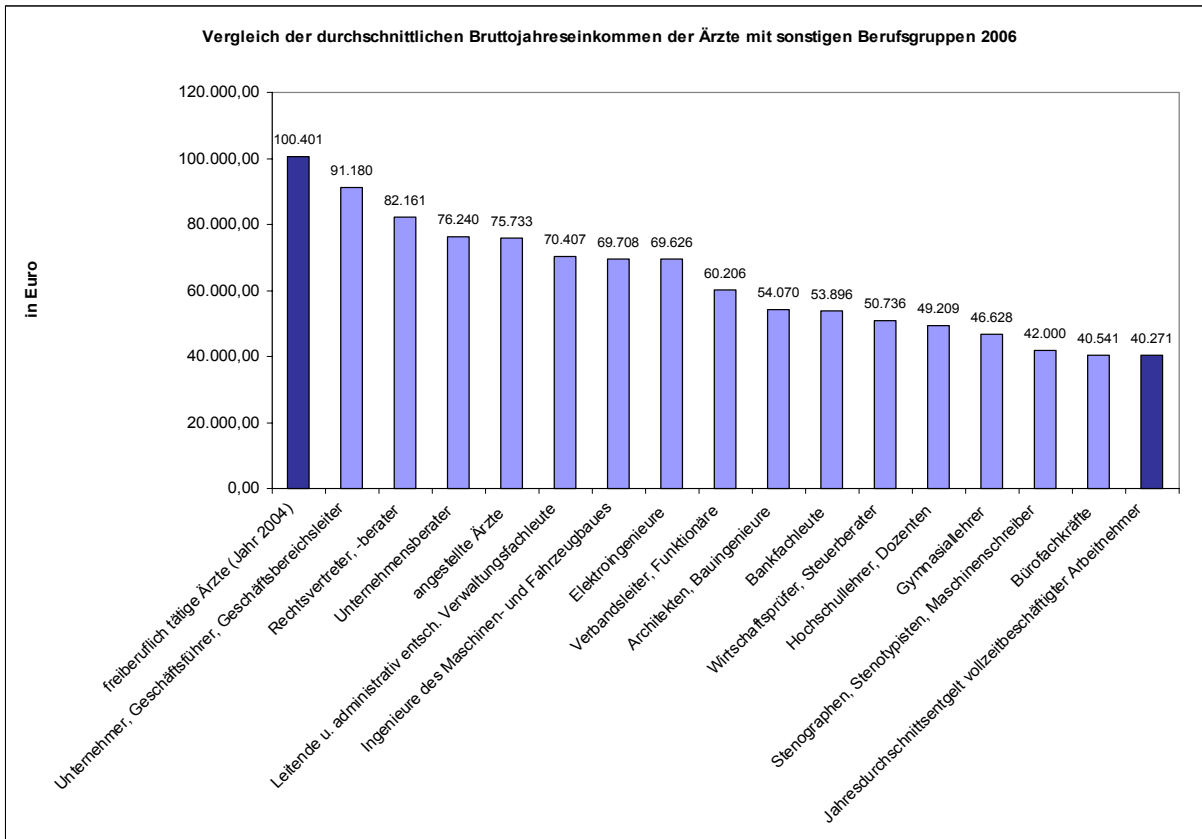
Wie viel verdienen Ärzte im Vergleich zu anderen freien Berufen?

Im Vergleich zu anderen Freiberuflern zählen die niedergelassenen Ärzte zu den Spitzenverdienern.



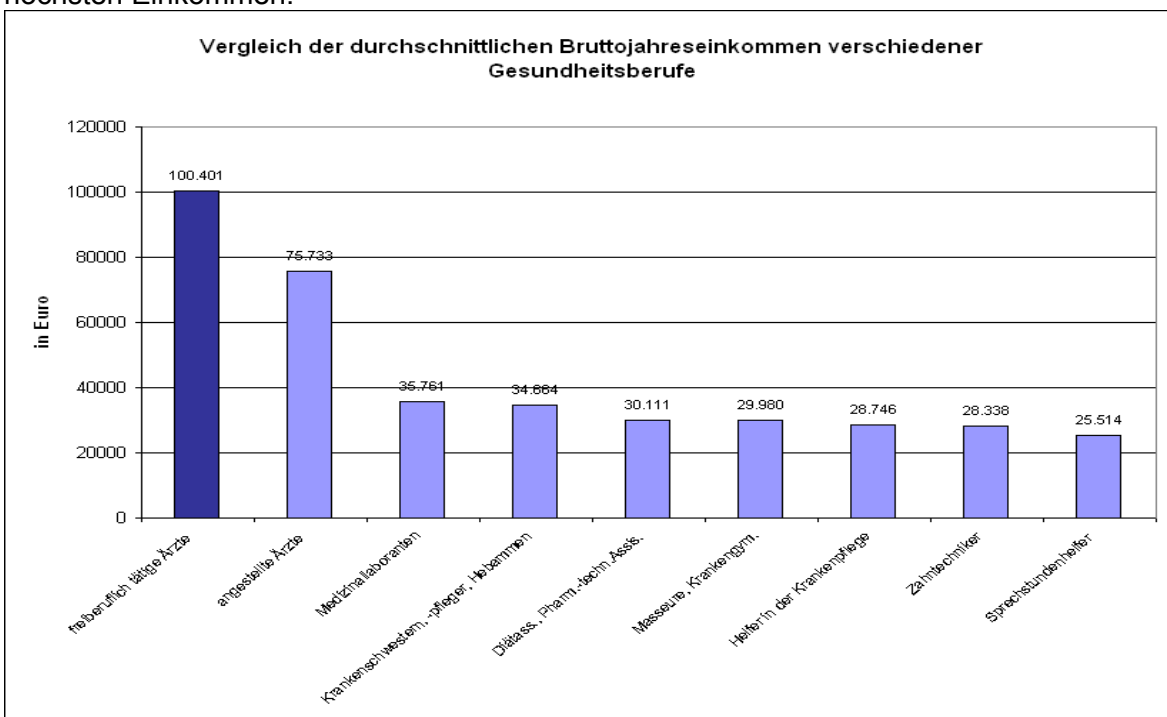
Wie viel verdienen Ärzte im Vergleich zu Angestellten?

Im Vergleich zu den Einkommen von Angestellten nehmen niedergelassene Ärzte ebenfalls eine Spitzenposition ein.



Wie viel verdienen Ärzte im Vergleich zu anderen Gesundheitsberufen?

Unter den Gesundheitsberufen in Deutschland erzielen niedergelassene Ärzte mit Abstand die höchsten Einkommen.



ALLGEMEINES ZUR VERGÜTUNGSREFORM

Was wollte man mit der Vergütungsreform erreichen?

Ein wichtiges Ziel der Vergütungsreform war die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in Euro und Cent zu festen Preisen einer Euro-Gebührenordnung. Im alten Vergütungssystem gab es keine festen Preise, so dass Ärzte i.d.R. nicht wussten, welche Vergütung sie für eine bestimmte Leistung erwarten konnten. Die Leistungen wurden zudem je nach Region, Arztgruppe, Krankenkassenart und Leistungsart völlig unterschiedlich vergütet. Insgesamt stellte sich das Vergütungssystem deshalb wie ein "Flickenteppich" dar, der von niemandem wirklich durchschaut werden konnte. Zum 1. Januar 2009 wurden die Preise nun stärker aneinander angeglichen. Daneben wurde das so genannte Morbiditätsrisiko – die Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Krankheitsstruktur der Versicherten – auf die Krankenkassen übertragen: Dadurch müssen die Krankenkassen künftig z.B. mehr Geld zur Vergütung der Ärzte bereit stellen, wenn diese mehr Leistungen erbringen, weil die Versicherten kränker werden. Die Krankenkassen müssen auch mehr Geld zahlen, wenn medizinische Leistungen, die bislang in Krankenhäusern erbracht wurden, nun in den Arztpraxen erbracht werden. Die erforderlichen Honorarsteigerungen sind nicht mehr – wie bis 2008 – durch die Einnahmentwicklung der Krankenkassen begrenzt.

Was haben die Ärzte davon?

Wegen der festen Preise werden die Vergütungen für die Ärzte kalkulierbarer und transparenter. Zudem können bisher bestehende "Ungerechtigkeiten" zwischen den Arztgruppen und zwischen Ärzten in verschiedenen Regionen beseitigt werden. Dadurch erzielen nun z.B. Ärzte, die bislang weit unterdurchschnittliche Preise für ihre Leistungen bekommen haben, endlich ähnlich hohe Vergütungen wie ihre übrigen Kollegen. Durch den Wegfall der bisherigen Budgets wird zudem sichergestellt, dass von den Krankenkassen insgesamt mehr Geld zur Vergütung der Ärzte bereit gestellt wird, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Insgesamt könnten so mehr Leistungen finanziert werden als im "alten System".

Was haben die Versicherten davon?

Auch die Versicherten profitieren von einer Preisangleichung für ärztliche Leistungen. So kann verhindert werden, dass Ärzte aus den "Niedrigpreis"- in die "Hochpreis"-Regionen abwandern, weil sie dort mit weniger Arbeit mehr Geld verdienen können. Gäbe es diese Angleichung nicht, könnten die unterschiedlichen Preise dazu führen, dass in den betreffenden Regionen – wie z.B. in den neuen Ländern – mittelfristig keine vernünftige Versorgung mehr stattfinden kann. Die Vergütungsreform ermöglicht zudem, dass die Mittel dorthin fließen, wo sie gebraucht werden. Möchten die Patienten Leistungen lieber in der Arztpraxis als im Krankenhaus in Anspruch nehmen, so folgt auch hier das Geld der Leistung. Daneben stellt die Vergütungsreform sicher, dass auch in einer

älter werdenden Gesellschaft genug Geld für die ambulante Versorgung der Versicherten zur Verfügung steht.

Wer setzt die Vergütungsreform um?

Die Umsetzung der Reform erfolgt im Wesentlichen durch die Gremien der Krankenkassen und der ärztlichen Selbstverwaltung. Auf Bundesebene sind dies die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband Bund der Krankenkassen. Diese bilden ein Gremium, den Bewertungsausschuss, der die konkreten Vorgaben zur Umsetzung der Vergütungsreform entwickelt. Unterstützt wird er dabei durch ein professionelles Institut, das Institut des Bewertungsausschusses (InBA). Auf regionaler Ebene erfolgt die Umsetzung durch die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen. Der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) gehören alle Vertragsärzte einer Region als Mitglieder an.

Welche Rolle hat das Bundesministerium für Gesundheit?

Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ist an der Umsetzung der Reform nicht direkt beteiligt. Ihm sind lediglich die Umsetzungsbeschlüsse, welche die Gremien auf Bundesebene treffen, vorzulegen. Das BMG überprüft, ob diese Beschlüsse mit den gesetzlichen Vorgaben im Einklang stehen. Nur wenn die Beschlüsse gegen das Gesetz verstoßen, kann das BMG eingreifen. Das BMG hat keine Möglichkeit, selbst fachliche Vorschläge zu erarbeiten oder Beschlüsse der zuständigen Gremien aus fachlichen Gründen abzulehnen – etwa, weil es eine andere Lösung für besser hält. Die Selbstverwaltung hat hier einen großen fachlichen Gestaltungsspielraum. Einige Regelungen sind auf regionaler Ebene zu treffen. Auf diese Regelungen kann das BMG keinerlei Einfluss nehmen. Für die Überprüfung regionaler Regelungen ist das jeweilige Sozialministerium des Landes als Aufsichtsbehörde über die KV verantwortlich.

FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER VERGÜTUNGSREFORM – BUND

Warum erfolgt immer ein Vergleich des Zeitraums 2007 bis 2009?

Der Vergleichszeitraum der Jahre 2007 und 2009 ist von den Gremien der Ärzte und Krankenkassen bewusst und im Konsens aller Beteiligten gewählt worden. Die maßgeblichen Umsetzungsbeschlüsse, welche die Gremien auf Bundesebene zur Vergütungsreform im August 2008 getroffen haben, konnten nur auf der Grundlage von Daten des Jahres 2007 getroffen werden. Die Daten des Jahres 2008 lagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

Welche Mehrhonorare ergeben sich durch die Vergütungsreform?

Zu den Auswirkungen der Vergütungsreform liegen aktuelle Schätzungen des Instituts des Bewertungsausschusses vor. Demnach stellen die gesetzlichen Krankenkassen im Jahr 2009 über 3,2 Mrd. Euro mehr Finanzmittel zur Vergütung der niedergelassenen Ärzte zur Verfügung als im Jahr 2007. Dies entspricht einem Anstieg von 12 Prozent. Hierbei handelt es sich um eine vorsichtige Schätzung, die noch nicht alle Honorarentwicklungen zu Gunsten der Ärzte berücksichtigt. Hinzuzurechnen sind z.B. Mehrhonorare, welche Ärzte durch die Abrechnung einiger erst kürzlich in den Leistungskatalog aufgenommener Leistungen (z.B. Hautkrebsscreening) erzielen können. Die KBV rechnet dafür mit zusätzlichen Honoraren von bundesweit 265 Mio. Euro. Berücksichtigt man diese Entwicklung, ergeben sich Mehrhonorare von insgesamt rund 3,5 Mrd. Euro bzw. 12,9 Prozent.

Bis vor kurzem war nur von Mehrhonoraren in Höhe von 2,7 Mrd. Euro die Rede.

Warum gibt es jetzt auf einmal mehr?

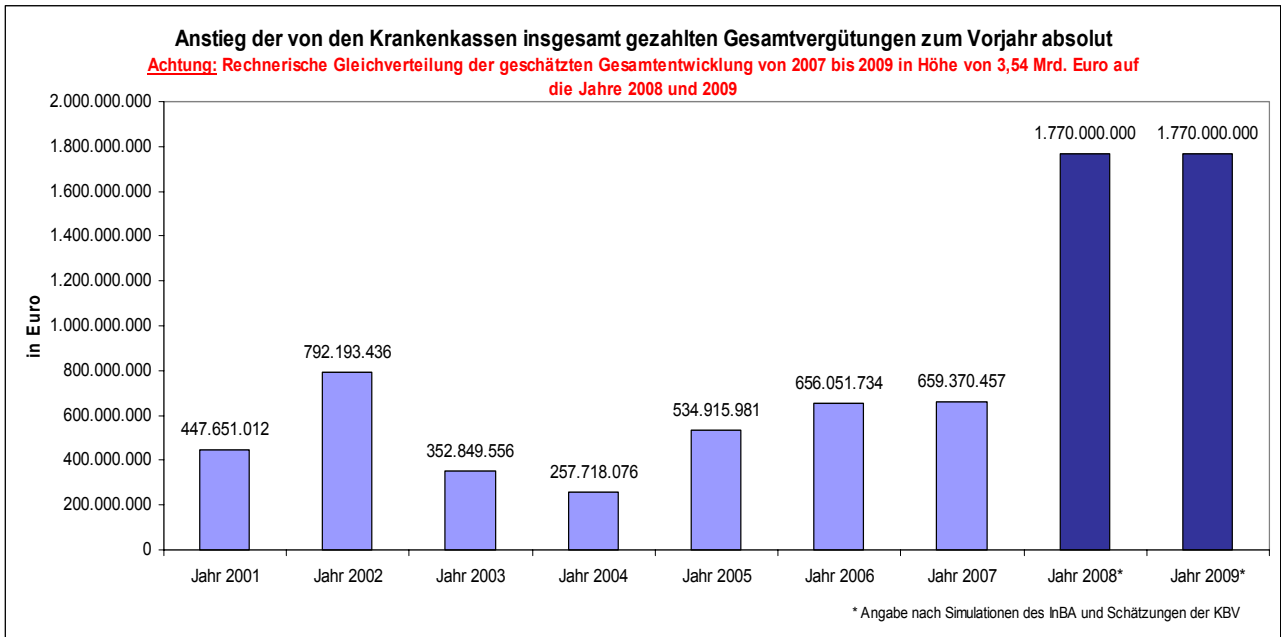
Die Zahl von 2,7 Mrd. Euro ergab sich aus einer alten Simulationsrechnung des Instituts des Bewertungsausschusses aus dem letzten Jahr. In diese Rechnung waren eine Reihe von Sachverhalten – z.B. das Ergebnis von regionalen Vereinbarungen zur Umsetzung der Vergütungsreform und die Mengenentwicklungen bei den ausgedeckelten Leistungen im Vergleich der Jahre 2007 und 2008 – noch nicht eingeflossen, da dazu noch keine Daten vorlagen. Da diese Daten nun vorliegen, konnten sie vom Institut berücksichtigt werden. Insgesamt bildet die neue Simulation die zu erwartende Entwicklung somit weit realistischer ab als die alte Simulation.

Die Krankenkassen nennen sogar Mehrhonorare in Höhe von 3,9 Mrd. Euro. Stimmt das?

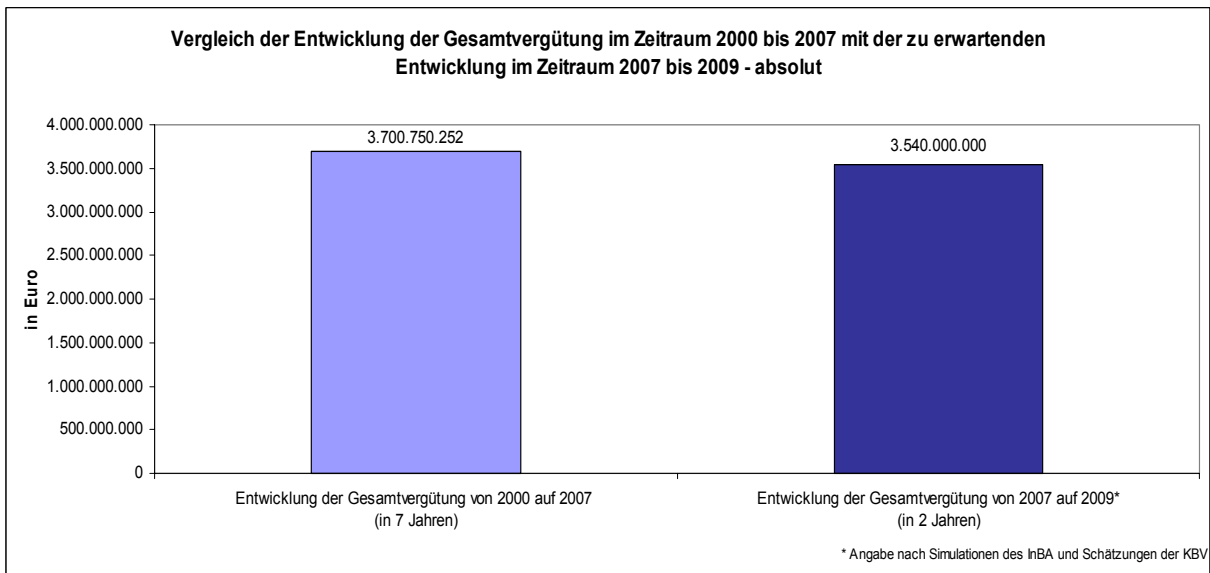
Rund 20 Prozent der ärztlichen Honorare werden mit Leistungen erzielt, die keinerlei Mengengrenzung unterliegen und die von den Krankenkassen in jedem Fall voll zu finanzieren sind. Dazu gehören z.B. sämtliche Präventionsleistungen, ambulante Operationen und belegärztliche Leistungen. Das Institut hat in seiner Schätzung für diese "komplett ausgedeckelten" Leistungen im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 nur einen sehr moderaten Mengenzuwachs – in Höhe von 2,55 Prozent – unterstellt. In der Vergangenheit hat es jedoch gerade bei diesen Leistungen weit höhere Mengenzuwächse gegeben. Kommt es im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 erneut zu einem stärkeren Mengenzuwachs als den angenommenen 2,55 Prozent, fließen den Ärzten tatsächlich mehr Honorare zu als vom Institut geschätzt. Dies ist der Grund, warum die Krankenkassen damit rechnen, dass der Honorarzuwachs 2007/2009 bei bis zu 3,9 Mrd. Euro liegen könnte.

Wie ist der Vergütungsanstieg überhaupt zu bewerten?

Hier hilft ein vergleichender Blick auf die in den vergangenen Jahren stattgefundenen und die nunmehr möglichen Honorarentwicklungen:



Das Diagramm zeigt, dass die Ärzte bundesweit durch die Vergütungsreform nun weit höhere Honoraranstiege erzielen können als in der Vergangenheit. Anders ausgedrückt: In Folge der Vergütungsreform können die Ärzte nun in einem Zeitraum von zwei Jahren (2007 bis 2009) einen ähnlichen Vergütungsanstieg erzielen wie im "alten System" in sieben Jahren (2000 bis 2007):



Quelle: Bericht des Bewertungsausschusses, eigene Berechnungen

FINANZIELLE AUSWIRKUNGEN DER VERGÜTUNGSREFORM – REGIONAL

Welche Ergebnisse sind in den einzelnen Regionen zu erwarten?

Aus den aktuellen Daten ergeben sich im Zeitraum 2007 und 2009 Honorarzuwächse zwischen 5,2 Prozent in Baden-Württemberg und 29,4 Prozent in Thüringen.

Simulierter Honorarzuwachs 2007 bis 2009 insgesamt (d.h. inkl. Honorare aus "ausgedeckelten" Leistungen*) gegenüber 2007 in Prozent

KV	Honorarzuwachs in Prozent
Thüringen	29,40%
Sachsen	29,00%
Sachsen-Anhalt	23,70%
Mecklenburg-Vorpommern	20,00%
Niedersachsen	16,90%
Brandenburg	18,50%
Saarland	15,00%
Berlin	13,70%
Westfalen-Lippe**	7,50%
Hessen	13,80%
Hamburg**	11,10%
Rheinland-Pfalz	9,90%
Bremen	11,70%
Nordrhein	9,50%
Schleswig-Holstein	9,70%
Bayern	6,90%
Baden-Württemberg	5,20%
Summe	12,00%
Summe West	9,70%
Summe Ost	24,80%

Quelle: Institut des Bewertungsausschusses; eigene Berechnungen

*Die InBA-Simulation für ausgedeckelte Leistungen berücksichtigt die bislang bekannten regionalen Preiszuschläge, den EBM-Effekt und tatsächliche Mengenentwicklung 2008, die Höherbewertung im EBM 2009 sowie einen angenommenen weiteren Mengeneffekt 2008/2009 von 2,55 v.H.

** In den Zahlen für Westfalen-Lippe und Hamburg ist ein statistischer Effekt enthalten, der sich aus der zwischen 2007 und 2009 geänderten Zuordnung der von einigen Krankenkassen (Knappschaft, Seekasse) geleisteten Zahlungen ergibt.

Welche Honorarzuwächse wurden von 2007 auf 2008 in den einzelnen Regionen erzielt?

In den KV-Regionen ist es nach nun vorliegenden aktuellen Daten der KBV von 2007 auf 2008 zu folgenden Honorarerhöhungen gekommen:

KV	Honorarzuwachs 1. Halbjahr 2008 zu 1. Halbjahr 2007 in Prozent
Brandenburg	7,30%
Hessen	7,10%
Schleswig-Holstein	7,10%
Mecklenburg-Vorpommern	7,00%
Rheinland-Pfalz	6,60%
Baden-Württemberg	6,20%
Thüringen	6,10%
Sachsen-Anhalt	5,70%
Berlin	6,00%
Westfalen-Lippe	5,90%
Nordrhein	5,90%
Sachsen	5,00%
Hamburg (nur 1. Quartal)	4,60%
Bayern	4,60%
Niedersachsen	4,40%
Saarland	4,30%
Bremen	4,20%
Summe	5,70%

Quelle: KBV

Warum gab es bereits 2008 so große Honorarzuwächse?

Offensichtlich sind Teile des aus der Vergütungsreform zu erwartenden Honorarzuwachses bereits im Jahr 2008 bei den Ärzten angekommen. Hier hat also z. T. ein gewisser "Vorzieheffekt" stattgefunden, der bereits im Jahr 2008 zu überproportionalen Honorargewinnen für die Ärzte geführt hat. Die Honorarerhöhungen von 2007 auf 2008 lagen deshalb auch deutlich über der gesetzlichen Steigerungsrate von 0,64 Prozent und auch deutlich über den Steigerungsraten der Vorjahre.

Gibt es noch Spielräume für Honorarzuwächse 2008 / 2009?

Aus den jüngsten Simulationen des Fachinstitutes lässt sich ableiten, dass in allen KV-Bereichen auch im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 ein Honoraranstieg möglich sein wird. Nur für Baden-Württemberg ergibt sich nach den vorliegenden Daten rechnerisch ein geringfügig negativer Saldo. Berücksichtigt man aber die möglichen zusätzlichen Honorareffekte bei den ausgedeckelten Leistungen und bei den neuen Leistungen, so ist auch hier von 2008 auf 2009 insgesamt ein Honorarzuwachs möglich. Viele der übrigen Regionen haben 2009 zum Teil erhebliche Zuwächse zu erwarten.

AUSWIRKUNGEN DER VERGÜTUNGSREFORM IN DEN "PROBLEMREGIONEN"

Woraus ergeben sich regional unterschiedliche Honorarzuwächse?

Die Unterschiede bei den Honorarzuwächsen ergeben sich insbesondere aus dem Ziel der Reform, die bisherigen Preisunterschiede bei der Vergütung der ärztlichen Leistungen abzubauen (s.o.). In Folge dieser Angleichung profitieren tendenziell die Länder am stärksten, in denen bislang weit unterdurchschnittliche Preise gezahlt wurden. Hier zeigte sich insbesondere auch in den neuen Bundesländern ein großer Nachholbedarf.

Kommt es durch die Preisangleichung nicht zu neuen Ungerechtigkeiten?

Sachlich wären Preisunterschiede gerechtfertigt, wenn die Versorgung in einem Land generell mehr kostet als in einem anderen Land. In einem solchen Fall könnte es laut Gesetz ausdrücklich auch weiterhin unterschiedliche Preise zwischen den Regionen geben. Das für die Prüfung dieser Frage zuständige Gremium der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene hat deshalb die für Ärzte in den einzelnen Regionen anfallenden Praxiskosten miteinander verglichen. In dieser Analyse wurde zwar festgestellt, dass es in einer Region Praxiskostenunterschiede zwischen Ballungsräumen und ländlichen Bereichen gibt, aber Praxiskostenunterschiede zwischen den Regionen wurden nicht festgestellt. Anders ausgedrückt: Die Unterschiede zwischen dem Bayrischen Wald und München sind größer als zwischen Bayern und Hessen. Aus diesem Grund hat das Gremium beschlossen, die Preise zwischen den Ländern wie oben beschrieben anzugleichen.

Warum gibt es in einigen Regionen – wie in Baden-Württemberg, Bayern, Nordrhein und Schleswig-Holstein – besondere Probleme?

Dies liegt zum einen daran, dass in diesen Regionen bis 2008 schon sehr hohe Preise gezahlt wurden, so dass hier von vornherein nicht so große Honorarsteigerungen erwartet werden konnten wie in den "Niedrigpreis"-Regionen. Da es zudem in diesen Regionen i.d.R. im Jahr 2008 bereits überproportionale Honorarzuwächse gegeben hat, sind nun von 2008 auf 2009 insgesamt nicht

mehr so große Honorarzuwächse möglich wie in den anderen Regionen. Dies führt dazu, dass die Verteilungskämpfe in den "Problemregionen" zwischen den Ärzten tendenziell heftiger ausfallen, da es nicht so viel Honorarzuwachs "zu verteilen" gibt.

Muss man in diesen Regionen jetzt mit Praxisschließungen rechnen?

Nein. Bereits unter dem bisherigen Vergütungssystem ist es trotz anderslautender Ankündigungen nicht zu einer größeren Zahl von Insolvenzen von Arztpraxen gekommen. Der "Spiegel" vom 23. März 2009 zitiert die Insolvenzstatistik der Wirtschaftsdatenbank Creditreform, wonach die Zahlen der Insolvenzen von Arzt- oder Zahnarztpraxen von 223 im Jahre 2007 sogar auf 165 im Jahre 2008 zurückgegangen ist. Laut Creditreform liegt damit das Insolvenzrisiko bei Zahnärzten und Ärzten viermal niedriger als bei anderen Unternehmern.

Stimmt es, dass die Ärzte die Behandlung der Versicherten nicht mehr kostendeckend erbringen können?

Nein. In der derzeitigen Diskussion um die Vergütungsreform wird von den Ärzten zwar immer wieder der Eindruck erweckt, als reichten die bereitgestellten finanziellen Mittel insgesamt nicht aus, um eine flächendeckende und ausreichende medizinische Versorgung der Patienten sicherzustellen. Es wird sogar der Eindruck erweckt, die Behandlung von GKV-Versicherten sei insgesamt ein "Verlust-Geschäft" bzw. die erzielbaren Gewinne lägen unter denen eines Handwerkers. Wie die obigen Grafiken zeigen, sind solche Darstellungen aber nicht sachgerecht. Im Gegenteil reichen die Umsätze der Ärzte in der Regel, um die Praxiskosten zu decken und danach noch einen Überschuss zu erzielen. Die niedergelassenen Ärzte gehören somit auch unter Berücksichtigung ihrer Praxiskosten zu den Spitzenverdienern in Deutschland.

Welche generellen Probleme treten auf?

Tatsächlich kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich im Vergleich der Jahre 2008 und 2009 für einzelne "ausgedeckelte" Leistungen negative Preiseffekte ergeben können. Zu Verschiebungen kann es auch zwischen den Arztgruppen oder innerhalb von Arztgruppen kommen. Solche Effekte lassen sich bei einer so grundlegenden Honorarreform nicht vermeiden, bei der es ja gerade darum geht, die Vergütungen anders zu gestalten.

Wer kann die regional auftretenden Probleme lösen?

Die regionale Ebene hat die Möglichkeit, für bestimmte Leistungen Zuschläge zu vereinbaren, um Preisrückgänge, zu denen es durch die Vergütungsreform ggf. gekommen ist, wieder auszugleichen. Für belegärztliche Leistungen oder Leistungen des ambulanten Operierens hat das zuständige Gremium auf Bundesebene einen solchen Ausgleich inzwischen sogar zwingend vorgegeben; dieser Ausgleich ist von den Krankenkassen zu finanzieren. Auch bei sich ergebenden Honorarverschiebungen zwischen den Arztgruppen oder innerhalb von Arztgruppen haben die Vertrags-

partner in der Region vielfältige Handlungsmöglichkeiten. So sind sie ausdrücklich ermächtigt, eventuelle Verluste bei einzelnen Ärzten oder Arztgruppen zu begrenzen. Sie können den Ärzten sogenannte Praxisbesonderheiten zugestehen oder ihnen Zuschläge zum Ausgleich von Honorarverlusten zahlen. Gleichzeitig bleibt es aber natürlich auch Aufgabe der Gremien der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene, die relevanten Beschlüsse weiterhin auf den notwendigen Anpassungsbedarf hin zu überprüfen. Die erforderlichen Diskussionen in den Gremien auf Bundesebene laufen zur Zeit. Erste Anpassungen sollen mit Wirkung zum 1. Juli 2009 beschlossen werden. Diese Regelungen können zur Entschärfung der regional aufgetretenen Probleme – insbesondere die aufgetretenen Probleme bei der Verteilung zwischen den Arztgruppen – beitragen.

AUSWIRKUNGEN AUF DEN EINZELNEN ARZT

Wie läuft die Vergütung nach der Vergütungsreform aus Sicht eines Arztes ab?

Wie bisher rechnet ein Arzt die erbrachten Leistungen gegenüber seiner KV ab. Seit dem 1. Januar 2009 sind dabei allen ärztlichen Leistungen erstmals feste Preise in Euro und Cent zugeordnet. Hierdurch weiß ein Arzt bereits während der Behandlung, wie viel seine Leistung grundsätzlich wert ist. Allerdings unterliegen die Ärzte für einen Teil ihrer Leistungen einer Mengensteuerung über so genannte Regelleistungsvolumina.

Was ist ein Regelleistungsvolumen?

Ein Regelleistungsvolumen (RLV) ist laut Gesetz „die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen“ zu vergüten ist. Darüber hinausgehende Leistungen sind mit abgestaffelten – d.h. niedrigeren – Preisen zu vergüten. Das Gesetz lässt dabei ausdrücklich den Spielraum, bestimmte vertragsärztliche Leistungen in keinem Fall unter die Mengensteuerung über RLV fallen zu lassen. Diese Leistungen werden dann immer zum vollen Preis der Euro-Gebührenordnung vergütet und sie werden auch nicht auf das RLV angerechnet (s.u.).

Seit wann gibt es die Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina?

Die RLV wurden nicht erst mit dem Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) eingeführt. RLV "alter Art" waren schon seit 2004 zwingend anzuwenden. In einigen KVen erfolgte die Mengensteuerung jedoch entgegen der gesetzlichen Vorgabe nicht über RLV sondern über andere Steuerungsinstrumente (z.B. Praxisbudgets, Individualbudgets). Dies war für die betroffenen Ärzte von Nachteil, da die Leistungen in solchen Modellen nach Erreichen einer bestimmten Obergrenze überhaupt nicht mehr – also auch nicht mit abgestaffelten Preisen – vergütet wurden. Auch dies war ein Grund dafür, dass politisch eine stärkere Vereinheitlichung des Vergütungssystems als erforderlich angesehen wurde.

Warum muss es überhaupt eine Mengensteuerung geben?

Durch eine Mengensteuerung soll verhindert werden, dass die Ärzte medizinisch unnötige Leistungen abrechnen. In der Vergangenheit hat sich gezeigt, dass die Ärzte bei dem Verzicht auf eine Mengensteuerung die abgerechneten Mengen von Jahr zu Jahr so stark erhöhen, dass das System sehr schnell an seine finanziellen Grenzen gerät. Dieses Phänomen wird auch als "angebotsinduzierte Nachfrage" bezeichnet. Patienten können i.d.R. nur schwer einschätzen, welche Therapie für sie notwendig ist. Das bedeutet: Ärzte können in einem bestimmten Grad selbst steuern, welche und wie viele medizinische Leistungen sie erbringen – sie erzeugen die Nachfrage nach ärztlichen Leistungen selbst. Daraus kann für Ärzte der Anreiz entstehen, mehr Leistungen zu erbringen als medizinisch erforderlich wären – denn dadurch können sie ihre Umsätze und Einkommen steigern. Die Mengensteuerung soll dem – auch im Interesse der Patienten – entgegenwirken.

Unterliegen alle Leistungen der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina?

Nein. Das Gesetz lässt ausdrücklich den Spielraum, bestimmte Leistungen nicht unter die Mengensteuerung fallen zu lassen. Die zuständigen Gremien haben diesen Spielraum genutzt und eine Reihe von Leistungen definiert, die von der Mengensteuerung ausgenommen sind ("freie" Leistungen, ausgedeckelte Leistungen). Dies sind Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, z.B. sämtliche Präventionsleistungen, ambulante Operationen, belegärztliche Leistungen, neue Leistungen, dringende Hausbesuche, Leistungen im Notfall oder Akupunkturleistungen. Diese Leistungen werden zur Zeit in jedem Fall mit dem vollen Euro-Preis vergütet. Aktuell wird in den zuständigen Gremien diskutiert, ob es für einen Teil dieser Leistungen aber eine andere Art von Mengensteuerung geben muss. Zudem wird diskutiert, ob einige Leistungen, die bisher der Mengensteuerung über RLV unterliegen, zukünftig davon ausgenommen werden sollten. Dies sind z.B. Gesprächs- und Betreuungsleistungen von Nervenärzten und Psychiatern, Narkoseleistungen bei der zahnmedizinischen Behandlung von Kindern und nephrologische Leistungen.

Unterliegen alle Arztgruppen der Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumina?

Im Gesetz ist keine ausdrückliche Herausnahme bestimmter Arztgruppen von der Mengensteuerung vorgesehen. Die Selbstverwaltung hat hier jedoch einen großen Gestaltungsspielraum. Nach den derzeitigen Beschlüssen der Selbstverwaltung gibt es einige wenige Arztgruppen, die keiner Mengensteuerung unterliegen. Dies sind z.B. Ärzte, die i.d.R. nur im Auftrag anderer Ärzte tätig werden, wie Pathologen und Laborärzte.

Wer finanziert die Leistungen, die nicht unter die Mengensteuerung fallen?

Es gibt zwei Arten von "freien" Leistungen. Zum einen gibt es "freie" Leistungen, für die das volle Ausgabenrisiko bei den Krankenkassen liegt. Je mehr dieser Leistungen die Ärzte abrechnen, desto mehr Gelder müssen die Krankenkassen an die KVen zahlen. Zu diesen "komplett ausgedeckelten" Leistungen gehören z.B. sämtliche Präventionsleistungen, die ambulanten Operationen, die belegärztlichen Leistungen und die neuen Leistungen.

Zum anderen gibt es Leistungen, die zwar ebenfalls nicht unter die Mengensteuerung fallen, für die das Mengenrisiko aber weiterhin bei der KV liegt. Diese "nur zum Teil ausgedeckelten" Leistungen müssen von der KV aus dem Honorarvolumen finanziert werden, welches sie mit der Krankenkasse vorab für das Jahr vereinbart hat. Beispiele dafür sind dringende Hausbesuche oder Leistungen im Notfall. Aus Sicht eines Arztes spielt es derzeit aber keine Rolle, ob die Leistungen komplett oder nur zum Teil ausgedeckt sind. Er bekommt dafür immer den vollen Euro-Preis. Zur Zeit wird allerdings im Bewertungsausschuss diskutiert, ob auch diese "zum Teil ausgedeckelten" Leistungen ggf. einer Mengensteuerung unterworfen werden sollten. Ziel ist dabei, dass in diesem Fall mehr Geld für die Vergütung von Leistungen im Rahmen von RLV bereit steht (s.u.).

Was passiert, wenn ein Arzt sein Regelleistungsvolumen ausgeschöpft hat?

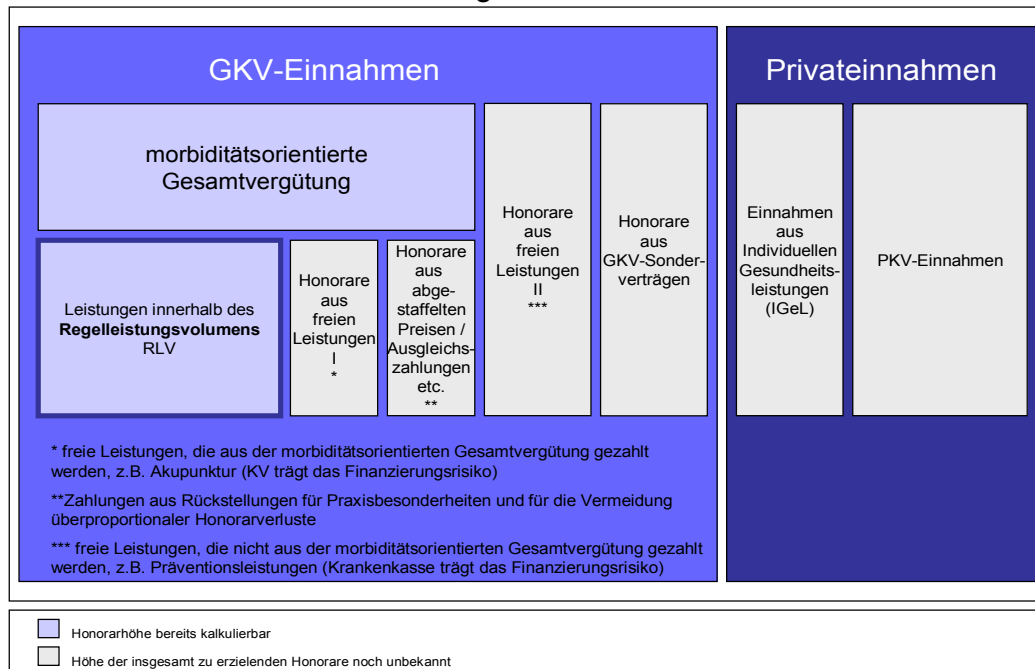
Muss er dann umsonst arbeiten?

Nein, auch dann bekommt er seine Leistungen bezahlt. Allerdings mit einem abgestaffelten – d.h. niedrigeren – Preis.

Entspricht das Regelleistungsvolumen dem Honorar des Arztes?

Nein, das RLV darf auf keinem Fall mit dem Gesamthonorar des Arztes verwechselt werden. Zum einen kann ein Arzt auch viele Leistungen abrechnen, die gar nicht unter sein RLV fallen ("freie Leistungen"). Zudem erhält er auch nach Überschreitung des RLV noch Honorar für die abgerechneten Leistungen – eben die Vergütung mit dem abgestaffelten Preis. Schließlich kann ihm die KV ggf. auch noch Zuschläge zahlen, z.B. um ggf. auftretende überproportionale Honorarverluste auszugleichen. Daneben erzielt der Arzt zusätzliche Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit. Die folgende Tabelle gibt noch einmal einen Überblick darüber, wie sich das Einkommen der niedergelassenen Ärzte insgesamt zusammensetzt:

Zusammensetzung des ärztlichen Honorars



Welche Anteile vom Honorar des Arztes entfallen auf "freie Leistungen"?

Die Einnahmen aus diesen Leistungen machen zum Teil einen erheblichen Teil der ärztlichen Honorare aus. Nach den derzeit dazu vorliegenden Zahlen dürften die Honoraranteile aus Vergütungen, die nicht der Mengensteuerung unterliegen, bei den meisten Ärzten bei über 20 Prozent liegen. Für Hausärzte wird ein Anteil von über 30 Prozent genannt, für Orthopäden ein Anteil von 40 Prozent, für Augenärzte ein Anteil von 45 Prozent, für Frauenärzte ein Anteil von fast 70 Prozent und für einige Internisten sogar ein Anteil von über 80 Prozent. Auf der anderen Seite gibt es auch Arztgruppen, die nur einen relativ geringen Teil ihrer Honorare aus diesen ausgedeckelten Leistungen erzielen, z.B. Nervenärzte und HNO-Ärzte. Daneben kann es auch innerhalb von Arztgruppen deutliche Unterschiede geben – je nachdem, worauf sich ein Arzt genau spezialisiert hat.

Wie hoch sind die Honorare, die insgesamt an einen Arzt im ersten Quartal 2009 ausgezahlt werden?

Ein Arzt rechnet mit seiner KV einmal im Quartal ab. Nach Ablauf des Quartals liefert er alle notwendigen Daten an die KV. Diese prüft die Daten und stellt dem Arzt dann seinen Honorarbescheid aus. D.h. zur Zeit weiß noch kein Arzt genau, welches Honorar er für das erste Quartal 2009 tatsächlich erhalten wird. Erste Abrechnungsergebnisse für das erste Quartal 2009 werden frühestens im Mai 2009 vorliegen. Dann kann auf der Grundlage tatsächlicher Abrechnungsdaten auch erstmals sicher beurteilt werden, wie sich die Vergütungssituation in den einzelnen Regionen und Arztgruppen entwickelt hat. Damit in den Arztpraxen in der Zwischenzeit keine Liquiditäts-

tätsprobleme eintreten, zahlen die KVen i.d.R. Abschlagszahlungen auf die zu erwartenden Honorare. Wie der Zahlungsverkehr hier im einzelnen abläuft, ist nicht gesetzlich festgelegt, sondern dies wird regional vereinbart. Hier haben die KVen einen großen Gestaltungsspielraum. Häufig zahlen die KVen die Abschlagszahlungen aber in der Höhe fort, die sie bereits 2008 gezahlt haben.

Welche Vorgaben macht das Gesetz zur konkreten Berechnung der Regelleistungsvolumina?

Konkrete Vorgaben – etwa ein konkretes Berechnungsverfahren – zur Umsetzung der Mengensteuerung finden sich nicht im Gesetz. Das Gesetz hat den zuständigen Gremien hier einen großen Spielraum gelassen. Dementsprechend wäre eine Reihe von ganz verschiedenen Berechnungsvarianten möglich gewesen. Das nun umgesetzte Berechnungsverfahren mit Hilfe von Fallwerten (s.u.) wurde durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen auf Bundesebene (Bewertungsausschuss) entwickelt und beschlossen. Die konkrete Umsetzung dieses Konzepts bezogen auf den einzelnen Arzt erfolgt durch die jeweils zuständigen regionalen Vertragspartner (regionale Krankenkassen, KVen). Falls erforderlich, können diese dabei auch einige Anpassungen am Grundkonzept des Bewertungsausschusses vornehmen. Unter Verwendung aktueller regionaler Honorar- und Abrechnungsdaten wird dann auf regionaler Ebene jeweils die Höhe des RLV ermittelt und dem Arzt mitgeteilt.

Welche Rolle spielen Rückstellungen und Vorwegabzüge?

In den zur Zeit stattfindenden Diskussionen wird immer wieder darauf hingewiesen, dass die KVen einen großen Teil des Finanzvolumens, welches sie von den Krankenkassen erhalten, nicht in die Berechnung der RLV einbeziehen, sondern diese Mittel stattdessen "zurückbehalten". Gemeint sind hier Rückstellungen und Vorwegabzüge. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sehen dazu vor, dass die KVen einen bestimmten Teil der Finanzmittel für besondere Sachverhalte zu reservieren haben – z.B. um an Ärzte Zuschläge zu zahlen, wenn sie besondere Praxisstrukturen aufweisen oder um ggf. auftretende Honorarverluste auszugleichen. Zudem müssen sie einen relativ großen Honorartopf für solche Leistungen zurückhalten, für die das Mengenrisiko zwar weiterhin bei den KVen liegt, die aber nicht unter das RLV fallen. Beispiele für diese teilweise ausgedeckelten Leistungen sind dringende Hausbesuche oder Leistungen im Notfall. Um sicherzustellen, dass genug Geld zur Vergütung der Ärzte für diese Leistungen bereit steht, bildet die KV dafür Vorwegabzüge. Das Geld, das für Rückstellungen und Vorwegabzüge verwendet wird, geht den Ärzten aber nicht verloren. Vielmehr wird es an die Ärzte ausgezahlt, welche die entsprechenden Leistungen erbringen und abrechnen. Werden Rückstellungen oder Vorwegabzüge nicht ausgeschöpft, sind auch diese Gelder an die Ärzte auszuschütten. Zur Zeit wird allerdings im Bewertungsausschuss diskutiert, ob es auch für die o.g. teilweise ausgedeckelten Leistungen ggf. eine Mengensteuerung geben soll. Ziel ist dabei, dass in diesem Fall weniger Geld in die Vorwegabzü-

ge fließen müsste. Diese Geld stünde dann für die Vergütung von Leistungen im Rahmen von RLV zur Verfügung.

Welchen Spielraum haben die regionalen Vertragspartner hinsichtlich der Rückstellungen und Vorwegabzüge?

Die Höhe der Rückstellungen und Vorwegabzüge insgesamt ist durch den Beschluss des Bewertungsausschusses nicht zwingend vorgegeben, d.h. hier gibt es Spielräume der regionalen Vertragspartner und insbesondere auch der Kassenärztlichen Vereinigungen. Wollen regionale Vertragspartner in einer Region den Ärzten z.B. relativ "großzügig" Zuschläge für Praxisbesonderheiten gewähren, so werden sie dafür mehr Geld zurückstellen als die Vertragspartner in einer anderen Region, die dies strenger handhaben wollen. Außerdem hängt die Höhe der Rückstellungen und Vorwegabzüge natürlich auch davon ab, wie die Vertragspartner bestimmte Sachverhalte schätzen. Gehen sie z.B. von einem starken Mengenzuwachs bei den Akupunkturleistungen aus, so werden sie mehr Geld dafür reservieren als wenn sie hier von einer moderaten Entwicklung ausgehen.

Haben die Kassenärztlichen Vereinigungen weitere Spielräume?

Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben eine Reihe von Spielräumen bei der Umsetzung der RLV. So können sie z.B. die Arztgruppen, für welche RLV gebildet werden, weiter unterteilen, um Besonderheiten innerhalb einer Arztgruppe stärker zu berücksichtigen (z.B. bei Arztgruppen wie Augenärzten, bei denen Ärzte teilweise auch operativ und teilweise nur konservativ tätig sind.) Im Zeitraum bis Ende 2010 haben die KVen zudem besonders große Spielräume, damit sie den Übergang zwischen dem alten und dem neuen Vergütungssystem flexibel gestalten und hier auch die regionalen Auswirkungen der alten Honorarverteilung ausreichend berücksichtigen können.

Wie wird das Regelleistungsvolumen eines Arztes genau berechnet?

Aus dem Beschluss der Bundesebene ergibt sich das Regelleistungsvolumen eines Arztes vereinfacht aus der Multiplikation des für die Arztgruppe relevanten Fallwerts und der Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahr. Der Fallwert wird auf Basis von regionalen Honorar- und Abrechnungsdaten der jeweiligen Arztgruppe ermittelt; es handelt sich somit um einen kalkulatorischen regionalen Fallwert der Arztgruppe.

Beispiel für Berechnung und Wirkungsweise eines Regelleistungsvolumens

Liegt der relevante Fallwert z.B. bei 35 Euro und die Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal bei 1000, so beträgt sein RLV 35.000 Euro im Quartal. Unabhängig von dem Fallwert rechnet der Arzt alle Leistungen, die er bei der Behandlung eines Patienten erbringt, nach der Gebührenordnung ab, bei einem "schweren" Fall werden dies mehr Abrechnungsziffern sein, bei einem "leichteren" Fall – z.B. der Ausstellung eines Folgerezeptes - entsprechend weniger Abrechnungsziffern. Bis zu einem Honorarvolumen von 35.000 Euro erhält er für alle Leistungen, welche der Mengensteuerung über Regelleistungsvolumina unterliegen, immer den vollen Euro-Preis aus der Euro-Gebührenordnung. Hat er mit diesen Leistungen ein Honorarvolumen von 35.000 Euro erreicht und erbringt weitere dieser Leistungen, so erhält er für diese Leistungen nun nicht mehr den vollen Preis aus der Gebührenordnung, sondern nur noch einen niedrigeren - abgestaffelten - Preis. Achtung: Für die Leistungen, die nicht unter die Mengensteuerung fallen ("freie Leistungen") rechnet der Arzt immer den vollen Euro-Preis ab. Sich daraus ergebende Honorare werden auch nicht auf sein Regelleistungsvolumen angerechnet.

Warum unterscheiden sich die Fallwerte zwischen den Arztgruppen und zwischen den Regionen?

Vorab ist zu bemerken, dass es sich bei dem Fallwert – entgegen der Aussage einer Reihe von Ärzten – nicht um ein "Budget pro Fall" handelt, welches die pro Quartal abrechenbaren Behandlungskosten in einem konkreten Behandlungsfall begrenzt (s.u.). Der Fallwert wird auf Basis von regionalen Honorar- und Abrechnungsdaten der jeweiligen Arztgruppe ermittelt; es handelt sich somit um einen kalkulatorischen regionalen Fallwert der Arztgruppe. Da die regionalen Vertragspartner einige in die Berechnung einfließende Größen unterschiedlich schätzen (z.B. Höhe der erforderlichen Rückstellungen und Vorwegabzüge), sie weitere Spielräume haben und auch die regionalen Daten (z.B. Durchschnittsfallzahlen und Leistungsmengen der Arztgruppen) zwischen den Arztgruppen und zwischen den Regionen variieren, sind auch die jeweiligen Fallwerte der Arztgruppe und die Fallwerte in den einzelnen Regionen unterschiedlich hoch.

Warum sind die Fallwerte einiger Arztgruppen so niedrig?

Die Fallwerte zwischen den Arztgruppen sind unterschiedlich hoch, weil es auf der einen Seite Arztgruppen gibt, bei denen nur relativ wenige Leistungen unter die Mengensteuerung über RLV fallen und auf der anderen Seite Arztgruppen, bei denen fast alle Leistungen unter diese Mengensteuerung fallen. Tendenziell kann gesagt werden, dass die Fallwerte umso niedriger sind, je weniger Leistungen anteilmäßig unter die Mengensteuerung über Regelleistungsvolumen fallen.

Gerade bei diesen Ärzten dürfen die RLV deshalb nicht mit dem Gesamthonorar verwechselt werden. Auch darf daraus keine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen in einem konkreten Behandlungsfall abgeleitet werden (s.u.).

Beispiel für die richtige Interpretation eines verhältnismäßig niedrigen Fallwertes

Ein gutes Beispiel dafür sind die Frauenärzte: Gilt in einer Kassenärztlichen Vereinigung für Frauenärzte z.B. ein Fallwert von 16 Euro und hat ein Frauenarzt eine Fallzahl von 900 Fällen, so liegt sein Regelleistungsvolumen pro Quartal bei 14.400 Euro. Erbringt er von den Leistungen, die der Mengensteuerung unterliegen, entsprechend viele Leistungen, so kann er hier mind. ein Honorar von 14.400 Euro erzielen. Überschreitet er sein Regelleistungsvolumen, so kann er weiteres Honorar aus den abgestaffelten Preisen erzielen (z.B. 600 Euro). Insgesamt kommt er pro Quartal dann in diesem Bereich auf ein Honorar in Höhe von 15.000 Euro, pro Jahr in Höhe von rund 60.000 Euro. Rechnet man dazu den Honoraranteil, den er durch freie Einzelleistungen erzielt (70 Prozent), so ergibt sich ein GKV-Gesamthonorar in Höhe von 200.000 Euro. Bei einem unterstellten Praxiskostenanteil von rund 55,6 Prozent verbleibt ihm somit ein jährlicher GKV-Überschuss in Höhe von rund 88.000 Euro. Geht man davon aus, dass der Arzt 20 Prozent seiner Einnahmen mit Privateinnahmen erzielt, so kommt er auf ein Gesamteinkommen von rund 110.000 Euro.

Warum sind die Fallwerte im 2. Quartal niedriger als im 1. Quartal?

Schwankungen zwischen den Quartalen sind ganz normal. Solche Schwankungen hat es auch im alten Vergütungssystem gegeben. In Quartalen, in denen es viele Feiertage gibt, behandeln die Ärzte i.d.R. weniger Patienten, so dass auch ihr Honorar leicht zurückgeht. Der nun zu beobachtende Rückgang der Fallwerte ergibt sich konkret daraus, dass sich die Feiertage im letzten und im vorletzten Jahr unterschiedlich auf die Quartale verteilt haben. Dies ist ein rein statistischer Effekt, der generell nichts mit der Vergütungsreform zu tun hat. Es ist davon ausgehen, dass die Fallwerte in den folgenden Quartalen wieder ansteigen werden. Zu Schwankungen kann es darüber hinaus kommen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung das zur Berechnung benutzte Rechenschema leicht abändert – z.B. indem sie höhere Rückstellungen bildet oder die Arztgruppen anders unterteilt als im Quartal zuvor.

AUSWIRKUNGEN AUF DIE VERSORGUNG DER PATIENTEN

Stimmt es, dass einem Arzt pro Quartal nur noch ein fester Betrag – z.B. 35 Euro – zur Behandlung eines Patienten zur Verfügung steht?

Diese Behauptung ist falsch. Sie bezieht sich auf die oben beschriebenen Fallwerte. Jeder Arzt kann weiterhin alle Leistungen erbringen und abrechnen, die bei der Behandlung eines Versicherten notwendig sind. Bei einem "schweren" Fall werden dies mehr Leistungen sein, bei einem "leichteren" Fall – wie z.B. der Ausstellung eines Folgerezeptes – entsprechend weniger Leistungen. Eine Begrenzung der bei der Behandlung eines einzelnen Patienten abrechenbaren Leistungen gibt es nach wie vor nicht. Richtig ist, dass Ärzte für einen Teil der Leistungen einer Mengensteuerung unterliegen, um zu verhindern, dass sie medizinisch unnötige Leistungen abrechnen. Die konkrete Umsetzung dieser Mengensteuerung erfolgt durch die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen, die dazu ein Konzept erarbeitet und beschlossen hat. Die von einigen Ärzten nun kritisierten Fallwerte – z.B. 35 Euro – sind rechnerische Hilfsgrößen zur Berechnung der Regeleistungsvolumina nach diesem Konzept. Sie stellen keine Begrenzung der abrechenbaren Leistungen in einem konkreten Behandlungsfall dar (s. dazu auch obige Beispiele).

Stimmt es, dass pro Patient nur noch eine Behandlung pro Quartal erbracht und abgerechnet werden kann?

Nein. Allerdings gibt es in der vertragsärztlichen Gebührenordnung einige Abrechnungsziffern, die stark pauschaliert sind, z.B. die sog. hausärztlichen Versichertenpauschalen und die fachärztlichen Grundpauschalen. Hier wurden jeweils einzelne Leistungen, die in der Vergangenheit sehr häufig erbracht worden sind und die in bei der Behandlung eines typischen Patienten i.d.R. zusammen anfallen, zu einer gemeinsamen Pauschale zusammengefasst. Dadurch muss der Arzt nun nicht mehr jede einzelne Leistung abrechnen. Im Regelfall genügt die Abrechnung einer einzigen Versicherten- oder Grundpauschale. Da die Pauschale relativ viele Leistungen umfasst, ist sie i.d.R. natürlich auch höher als Abrechnungsziffern, die nur eine einzelne Leistung abbilden. Die Pauschale kann der Arzt allerdings nur einmal im Quartal abrechnen. Aufgrund der Vereinfachung, die eine solche Pauschalierung für die ärztliche Abrechnung bedeutet, hatten sich viele Ärzte in der Vergangenheit immer wieder für ein derartiges System ausgesprochen. Die Versicherten- oder Grundpauschalen dürfen nicht mit dem oben beschriebenen Fallwerten verwechselt werden.

Was kann ein Patient machen, wenn ein Arzt ihm die Behandlung verweigert oder wenn er "Vorkasse" von ihm verlangt?

Von einigen Versicherten wurde in jüngster Zeit berichtet, dass Ärzte ihr Leistungsspektrum gegenüber Versicherten der GKV aufgrund vermeintlicher Honorarverluste durch die Vergütungsreform einschränken oder eine Kostenübernahme verlangen. Ein solches Verhalten ist ganz klar

rechtswidrig. Die betreffenden Ärzte verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten und riskieren den Entzug ihrer Zulassung. Sollten Patienten von einem solchen Fall betroffen sein, sollten sie sich umgehend an ihre Krankenkasse wenden. Diese kann die konkrete Situation im Einzelfall prüfen und ggf. notwendige Maßnahmen einleiten.

AUSBLICK

Wie geht es jetzt weiter mit der Vergütungsreform?

Es bleibt weiterhin Aufgabe der zuständigen Gremien von Ärzten und Krankenkassen, die bislang getroffenen Beschlüsse stetig auf den bestehenden Anpassungsbedarf hin zu überprüfen. Hier wird insbesondere auch zu prüfen sein, in wie weit den Anliegen von Psychiatern, Augenärzten und Orthopäden durch Korrekturen auf der Ebene der Selbstverwaltung im Bund Rechnung getragen werden kann. Das Bundesministerium für Gesundheit wird diesen Prozess weiterhin aufmerksam begleiten.