

Honorarreform 2009

„Zuwachs
Mir fehlt

Knapp 3 Mrd. Euro mehr soll die Honorarreform 2009 bringen. So war es versprochen, und so kommt es auch – berechnet auf der Basis des Jahres 2007. Erste valide Daten für 2008 zeigen aber: Rechnerisch ist zwar alles korrekt, aber unterm Strich fehlt noch rund 1 Mrd. Euro. Denn im vergangenen Jahr erhielten die Ärzte weit über 1 Mrd. Euro Honorar mehr als angenommen. Dieser Zuwachs drückt das 2009 zusätzlich zu verteilende Geld auf 1,2 Mrd. Euro. Viel weniger, als von vielen gedacht. Während sich auf der Bundesebene neuer Streit anbahnt, brennt in vielen Kassenärztlichen Vereinigungen die Luft. Viele Ärzte glauben, dass sie künftig weniger statt mehr Geld bekommen, und fragen: Wo bleibt das versprochene Honorarplus?

[von Reinhold Schlitt]

➔ So genau kann ihnen das erst einmal niemand sagen, denn abgerechnet wird auch unter neuen Honorarbedingungen erst zum Schluss. In vielen KVen vergehen bis zu drei Monate, bis eine Quartalsabrechnung abgeschlossen ist. Dann erst steht fest, was der einzelne Arzt tatsächlich an Leistungen erbracht hat und aktuell auch, ob aus der Ahnung tatsächlich Gewissheit wird. Das große Problem: Die neue Honorarstruktur kennt neben einer kalkulierbaren Honorargröße, dem Regelleistungsvolumen (RLV), auch „freie“ Leistungen, die keinerlei Abstufungsregelungen haben, und überdies auch noch Qualitätszuschläge. Ärzte, die aufgrund ihrer Praxisstruktur



Organisierter Protest: Hausärzte während eines Vortrags von KBV-Chef Köhler am 12.02.2009 bei der KV Berlin.

kaum eine Möglichkeit haben, ihr RLV-Honorar mit „freien“ Leistungen oder mit Qualitätszuschlägen aufzustocken, weil ihr Praxisprofil dies nicht hergibt oder einstmals extrabudgetäre Leistungen nun in die Regelversorgung gepackt wurden, wissen jetzt schon recht gut, ob sie voraussichtlich mehr oder weniger Honorar als im Vergleichsquartal haben werden. Die vielen Gewinner, die es auf der anderen Seite geben muss, schweigen vornehm.

Viele Ärzte machen es sich nach Angaben mehrerer KVen selbst unnötig schwer, weil sie ihr neues Regelleistungsvolumen „eins zu eins“ mit ihrem alten Honorarvolumen vergleichen. Tatsächlich kommt es aber darauf an, ob und wie viele Leistungen außerhalb des RLV zusätzlich abgerechnet werden können. Und auch das RLV überschießende Leistungen werden, wenn auch zu einem geringeren Honorar, bezahlt. Dennoch: Besonders KVen in den alten Bundesländern erwarten große Probleme – für Facharztpraxen mit hoch spezialisierten Leistungen ebenso wie für Hausärzte und Kinderärzte.

Berlin: Im ersten Quartal 2009 können die Berliner Hausärzte als Arztgruppe gegenüber dem ersten Quartal 2008 mit rund 15 Prozent mehr Honorar rechnen – trotz ihres bundesweit niedrigen RLV-Durchschnittsfallwertes von nicht einmal 36 Euro. Rund die Hälfte der Hausärzte wird jedoch nach Simulations-

seh ich wohl, allein: das Geld“

rechnungen beim RLV möglicherweise verlieren. Darunter dürften, so Spekulationen, Praxen mit kleinen Fallzahlen und solche sein, die ihre Leistungsmenge nicht über das vormalig geübte Individualbudget ausgeweitet haben. Umgekehrt werden Praxen in dicht besiedelten Bezirken der Stadt, die ihr Individualbudget stets überziehen und deswegen mit einem niedrigeren Fallwert leben mussten, zu den Gewinnern gehören. Ihr Vorteil: Zur Bildung des RLV wird jetzt ihre damalige (große) Fallzahl mit einem einheitlichen Fallwert multipliziert. Aber auch hier wird es Verlierer geben – und zwar unter denen, die vergleichsweise viele Hausbesuche oder Heimbefuche gemacht haben. Der Wahnsinn: Hausbesuche außerhalb des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes sind bekanntlich in die Regelversorgung gepackt worden, während sie im organisierten Bereitschaftsdienst mit nunmehr sage und schreibe über 70 Euro je Fall vergütet werden – ohne jede Mengenbegrenzung. Schlimmer noch sehen Kinderärzte in der Bundeshauptstadt ihre Situation: Sie haben einen RLV-Durchschnittsfallwert von nicht einmal 30 Euro, was dazu führt, dass Ärzte anderer Fachgruppen, die Kinder mitbetreuen, dafür unter Umständen ein höheres Honorar erzielen als die Kinderärzte selbst.

Bayern: Wie andere KVen zählt die KV Bayerns viele Facharztgruppen zu den Verlierern und hier besonders solche mit hoch spezialisierten Leistungen (darunter MRT-Radiologen, Neurologen, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und Belegärzte). Auch hier macht sich der Wegfall von Strukturverträgen und der mit ihnen verbundenen Sondervergütung bemerkbar. Hausärzte können in Bayern nach einer Simulationsrechnung insgesamt mit Honorarzuwächsen rechnen. Allerdings schränken die Honorarexperten auch hier ein: Landärzte mit großen Praxen, die zusätzliche Patienten aus anderen Bereichen übernehmen müssen, etwa weil eine Nachbarpraxis schließt, seien von der Abstaffelungsregelung bei den RLV bedroht. Die KVen haben hier allerdings auch Korrekturmöglichkeiten.

Westfalen-Lippe: Mit rund 32 Euro haben Hausärzte hier im ersten Quartal 2009 den bundesweit niedrigsten RLV-Durchschnittsfallwert der ganzen Republik. Dennoch werden nach KV-Simulationsrechnungen drei Viertel aller Hausärzte gegenüber dem Quartal 1/2008 mit einem Umsatzplus rechnen können. Das Nachsehen haben allerdings auch hier große Landarztpraxen. Die müssen, anders als in Ballungsgebieten, mehr Leistungen vorhalten, darunter auch viele, die nun dem extremen hausärztlichen Pauschalierungsdruck im EBM 2008 zum Opfer gefallen sind. Verlierer macht die KV vor

allem unter Nervenärzten, Dermatologen, Augenärzten sowie Schmerztherapeuten und Orthopäden aus. Sie alle probten Anfang Februar den Aufstand und beschlossen in der KV-Vertreterversammlung, vorerst zum alten System zurückzukehren. Gegen geltendes Recht, „aber das wird, wie in Bayern ersichtlich, sogar von Politikern gebrochen“, ist sich ein Dermatologe sicher, der seinen Namen nicht gedruckt sehen will. Hohe Zeit für Systemkritiker und Heilsversprecher jenseits der Kollektivvertragsgrenzen? An Untergangsszenarien mangelt es jedenfalls nicht, auch wenn – zumindest vorerst – niemand vom Netz muss, weil die Abschlagszahlungen der Vergangenheit in voller Höhe weiterfließen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ist sauer. In einem Brandbrief an alle niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten spricht sie von „vielen kursierenden Falschmeldungen und Gerüchten“. Doch an der Tatsache, dass es Gewinner und Verlierer gibt, kommt auch sie nicht vorbei – und leugnet das auch nicht. Wo vergleichende Simulationsrechnungen möglich sind und durchgeführt wurden, prognostizieren einzelne KVen schon jetzt teils arge Verschiebungen zwischen und innerhalb der einzelnen Arztgruppen.

KVen: Schuld ist die Bundesebene

Die Verantwortung für dieses Desaster wird dem Erweiterten Bewertungsausschuss aus Kassen- und KBV-Vertretern sowie einem Unparteiischen (Schlichter Prof. Jürgen Wasem) und damit der „Bundesebene“ zugeschoben. Die dort ersonnenen Spielregeln sind für die einzelnen KVen verbindlich; Spielräume für regionale Abweichungen gibt es kaum. Einige KVen geben deswegen der KBV eine Mitschuld. Doch der KBV-Vorstand sieht das ganz anders und verweist darauf, dass das jetzige Modell gegen den Willen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Stimmen der Kassen und des Schlichters durchgesetzt wurde: „Bei der Berechnung des Regelleistungsvolumens gab es einen Beschluss, der auf eigenen Vorschlägen des Schlichters und der Kassen beruhte.“

Auch innerhalb der KVen gibt es durchaus unterschiedliche Ansichten. „Die Kritik richtet sich an die falsche Adresse“, sagt der hamburgische KV-Vorstand Michael Späth in einem Interview mit der „Ärzte Zeitung“. Der Hanseat glaubt, dass wenn der KBV überhaupt ein Vorwurf gemacht werden könne, dann der, dass sie die Zuwachserwartungen für 2008 in den alten Bundesländern nicht genügend gedämpft habe.

Einer, der das auch so sieht, ist der nordrheinische KV-Chef Leonhard Hansen. „Die genannte Honorarsteigerung ▶

Konvergenzphase soll Westfälischen Frieden stabilisieren

Honorarverwerfungen aufgrund der Honorarreform – wie macht sich das „vor Ort“ bemerkbar? Wie wirken sich die neuen bundesweiten Spielregeln der Honorarbemessung auf die Arztgruppen einer KV aus, und wie reagieren KVen auf „Verwerfungen“? Darüber haben wir mit dem Ökonomen Dr. Thomas Kriedel, Vorstandsmitglied der KV Westfalen-Lippe, gesprochen. Dort ist der Unmut über die Auswirkungen der neuen Honorarverteilung besonders groß.

[von Reinhold Schlitt]



Thomas Kriedel: Besonders geringe RLV-Anteile haben die Anästhesisten mit 17 Prozent, die Frauenärzte mit 33 Prozent und die fachärztlichen Internisten mit 50 Prozent. Am anderen Ende der Skala befinden sich die Kardiologen mit 87 Prozent, die konservativen Augenärzte mit 89 Prozent und die Nervenärzte und Radiologen mit jeweils 90 Prozent RLV-Anteilen am Gesamthonorar.

DER KASSENARZT: Was bedeutet das für einen Arzt, der einen aus seiner Sicht unbefriedigenden RLV-Fallwert, aber ein recht großes Volumen nicht begrenzter „freier“ Leistungen hat? Kann er mit diesen „freien“ Leistungen seine Verluste ausgleichen?

Thomas Kriedel: Im Einzelfall ja, aber generell ist dies für Fachärzte nur in Ausnahmefällen und in wenigen Gruppen möglich, da die „freien“ Leistungen nicht von allen Ärzten in gleichem Umfang in Anspruch genommen werden können.

DER KASSENARZT: Und in welcher Situation befinden sich die Hausärzte?

Thomas Kriedel: Den Hausärzten stehen immerhin neun Qualifikationszuschläge zur Verfügung, die allerdings in einem unverhältnismäßig hohen, über den bisherigen Abrechnungsumfang weit hinausgehenden Maß abgerechnet werden müssten. Daraus speist sich die berechtigte Kritik am „Hamsterrad“, einer medizinisch unnötigen Leistungsvermehrung zur Honorarsicherung.

DER KASSENARZT: Lässt sich tendenziell sagen, welche hausärztlichen Praxisstrukturen am ehesten mit Honorareinbrüchen rechnen müssen?

Thomas Kriedel: Als Gruppe betrachtet, zählen die Hausärzte bei uns eindeutig zu den Gewinnern der Honorarreform. Hier,

wie allerdings auch bei den Fachärzten, besteht das Problem in der Nivellierung auf Arzzebene, indem jede Praxis denselben, einheitlichen Durchschnitts-RLV-Fallwert erhält. Dies behindert eine an der Versorgungsnotwendigkeit orientierte, differenzierte Medizin und zerschlägt Praxisstrukturen, die bisher erforderlich waren und ihre Wirtschaftlichkeit auch bewiesen haben ...

DER KASSENARZT: ... das heißt ...

Thomas Kriedel: ... Qualität und Spezialisierung werden bestraft, während Durchschnittlichkeit gefördert wird.

DER KASSENARZT: Auch bei den Fachärzten?

Thomas Kriedel: Allen Fachärzten steht nur ein einziger Qualitätszuschlag für radiologische Leistungen im Umfang von fünf Euro je Fall zur Verfügung. Differenzierte Medizin ist damit nicht möglich. Daraus leitet sich einer unserer Hauptkritikpunkte an der gegenwärtigen Honorarreform ab: die unzureichende Berücksichtigung von speziellen Leistungen, wie der EBM sie in der Vergangenheit mit den gelben qualitätsorientierten Zusatzbudgets ermöglicht hatte.

DER KASSENARZT: Der EBM 2008 nivelliert also auch Leistungen der Hausärzte. Rächt sich jetzt das Pauschalierungsbestreben?

Thomas Kriedel: Eindeutig ja. Wir haben vor dieser Art der Pauschalierung gewarnt. Jetzt treten die negativen Wirkungen konkret zutage. Pauschalierungen sind leistungs- und versorgungsfeindlich und begünstigen Durchschnittsmedizin. Massive Kritik erhalten wir in Westfalen-Lippe deshalb besonders von Hausärzten in ländlichen Bereichen, die wegen der geringen Arztdichte ihre Patienten umfassender versorgen müssen als etwa in

DER KASSENARZT: In welchen Arztgruppen Ihrer KV gibt es auffällig viele Verlierer?

Thomas Kriedel: Das lässt sich im Moment nur schätzen. Als Gruppe insgesamt werden wohl vor allem Psychiater, Neurologen und Nervenärzte, Haut- und Augenärzte sowie Orthopäden und Schmerztherapeuten zum Teil deutliche Honorarverluste hinnehmen müssen. In diese Schätzungen haben wir aber nicht nur die Regelleistungsvolumina, sondern auch die „freien“ Leistungen mit einbezogen. Die RLV-Fallwerte allein sind nicht aussagefähig.

DER KASSENARZT: Für die Ärzte stellt sich dennoch die Frage nach dem Verhältnis von RLV-Leistungen zu Leistungen ohne Mengenabstaffelung. Wo sind besondere Auffälligkeiten sichtbar?

städtischen Bereichen. Pauschalierung verschlechtert hier eindeutig die Versorgung. Dazu kommt, dass es durch die weitreichende Pauschalierung für Hausärzte in Zukunft schwieriger wird, den Nachweis eines steigenden Versorgungsbedarfs zu führen.

DER KASSENARZT: Der „Westfälische Friede“, den Ihre Verbandszeitschrift jüngst als Metapher bemühte, ist unter den westfälischen Ärzten zwar noch nicht aufgekündigt, er scheint aber erheblich in Gefahr zu sein. Was können Sie Ihren Mitgliedern zur Beseitigung der größten Verwerfungen anbieten bzw. was haben Sie bisher getan?

Thomas Kriedel: Der Vorstand hat sofort, nachdem uns erste Berechnungen möglich waren, mit den Krankenkassen eine Konvergenzphase ausgehandelt. Danach wird das Absinken der RLV-Fallwerte je Arztgruppe im

Jahr 2009 begrenzt. Abgestaffelt wird auf minus ein Prozent im ersten, auf minus zwei Prozent im zweiten, auf minus drei Prozent im dritten und auf minus vier Prozent im vierten Quartal. Damit soll unseren Mitgliedern Zeit gegeben werden, sich an die Regeln der neuen Honorierung anzupassen. Da die RLV-Anteile allerdings sehr stark über die Arztgruppen streuen, reicht diese Konvergenzphase allein nicht aus.

DER KASSENARZT: Hilft Ihnen die jetzt verkündete und auch von Westfalen-Lippe geforderte Konvergenzphase auf Bundesebene weiter?

Thomas Kriedel: Eindeutig ja. Die auch von uns vehement geforderten Änderungen haben zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses am 15. Januar 2009 geführt. Selbst wenn diese Beschlüsse noch interpretationsbedürftig sind, geben sie uns doch

weitere stabilisierende Möglichkeiten an die Hand. Dazu zählen die Konvergenz und Stützung der RLV-Fallwerte, die Erweiterung und Einführung neuer Qualitätszuschläge – vor allem für Fachärzte – und die Einführung eines allgemeinen Konvergenzkorridors für die gesamten Arzthonorare.

DER KASSENARZT: Welche Effekte erhoffen Sie sich?

Thomas Kriedel: Beispielsweise könnten die Verluste und Gewinne je Arzt in den nächsten sieben Quartalen im Konvergenzkorridor begrenzt werden. Über diesen Zeitraum könnte der Konvergenzkorridor dann von Quartal zu Quartal weiter gespreizt werden, um den Ärzten den Umstieg ohne Existenzprobleme zu erleichtern. Wir müssen natürlich sicherstellen, dass diese Gewinne oder Verluste in jedem Fall von der Honorarreform hervorgerufen sind.



► (von rund 3 Mrd. Euro, d. A.) bezieht sich auf das Basisjahr 2007. Die in 2008 erzielte Honoraranpassung ist somit für 2009 naturgemäß bereits verbraucht. Im ganzen Bundesgebiet steht 2009 nur noch knapp die Hälfte des Gesamtvolumens zur Verfügung“, schrieb er den Landtags- und Bundestagsabgeordneten Ende Januar. Neueste Hochrechnungen der KBV bestätigen, dass der bundesdurchschnittliche Honorarzuwachs im Jahr 2009 effektiv nur noch 4,2 Prozent ausmacht, im Westen 2,2 Prozent, im Osten hingegen noch 12,9 Prozent. Bei zwei West-KVen kommt 2009 nichts mehr zusätzlich an; sie verlieren gegenüber 2008. Hintergrund: 2008 haben die Experten im Wesentlichen nur mit der Grundlohnsumentensteigerung von 222 Mio. Euro rechnen können und auf dieser Basis die Erhöhung des Honorars vorgenommen. Tatsächlich flossen im Jahr 2008 aber insgesamt 1,77 Mrd. Euro mehr, sodass im Vergleich der Jahre 2008 zu 2009 nur noch 1,232 Mrd. Euro zusätzlich verteilt werden können. Das festzustellen bzw. hochzurechnen sei allerdings nur anhand der konkreten, erst seit Anfang Februar vorliegenden Abrechnungsdaten möglich gewesen, sagt die KBV.

KBV will noch eine weitere Milliarde mobilisieren

Jetzt will die oberste Kassenarztzentrale rund 1 Mrd. Euro Nachschlag für extrabudgetäre Leistungen realisieren und da-

für unter anderem das Vergütungssystem noch einmal überarbeiten. So sollen EBM-Leistungen höher bewertet, Belegarztleistungen und ambulante Operationen hingegen vollständig aus der Gesamtvergütung herausgenommen und extra bezahlt werden. Auch für besonders förderungswürdige Leistungen müsse zusätzliches Geld fließen, fordert die KBV. Zudem will sie für Fachärzte mehr qualifikationsgebundene Zuschläge erreichen und die Qualifikationszuschläge für Hausärzte höher bewerten. Auch regionale Zuschläge habe man für 2009 nicht mehr vereinbaren können, so die KBV, weil eine entsprechende Rechtsposition des Bundesgesundheitsministeriums erst vorgelegen habe, als die meisten regionalen Verhandlungen und Schiedsamtsverfahren bereits abgeschlossen gewesen seien. Doch das Ministerium wehrt ab: Ihr habt bekommen, was versprochen war, und wollt nur von eigenen Fehlern ablenken, ließ Ulla Schmidt antworten. Es müsse nun Schluss sein, denn schließlich sei Finanzkrise, und da sollten auch die Ärzte „gesamtstaatliche“ Verantwortung zeigen. Während der Streit auf der Bundesbühne mit Blick auf den Bundestagswahlkampf noch an Fahrt gewinnen dürfte (für Anfang Juli ist optional ein „Kassenärztetag“ geplant), diskutieren Ärzte an der Basis erst einmal darüber, wo möglicherweise noch Geld „im System hängen bleibt“.

So wird immer wieder über „Rückstellungen“ spekuliert, ein Begriff, den die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns „oftmals zu Unrecht und zu Zwecken politischer Agitation“ missbraucht sieht und der den zweiten Honorartopf meint. In der Tat sind die KVen zu Rückstellungen verpflichtet, weil ein Teil des Honorars keiner Mengenbegrenzung unterliegt und nach Angaben vieler KVen kaum voraussehbar ist, wie groß der Zugriff auf solche Leistungen sein wird. Diese „Rückstellungen“ müssen baldmöglichst wieder aufgelöst werden. Zwar beteuern alle KVen, die Reserven so gering wie möglich zu halten, doch hatte KBV-Chef Andreas Köhler bereits vor der Jahreswende presseöffentliche Zweifel daran, ob in dem einen oder anderen Fall eventuell doch zu viel Geld beiseite gelegt wurde. ■