

Schleswig-Holsteinischer Landtag
Umdruck 16/4649



Schleswig-Holsteinischer Landtag
Sozialausschuss
Frau Petra Tschanter
Ausschussgeschäftsführerin

per E-Mail (sozialausschuss@landtag.ltsh.de)

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
23782 Bad Segeberg
04551 883-454
04551 883-396
delf.kroeger@kvsh.de

**Kommissarische
Vorstandsvorsitzende**

Datum
10. September 2009

Ansprechpartner:
Delf Kröger

Auswirkungen der Honorarreform in Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Frau Tschanter,

vielen Dank für Ihr Schreiben vom 25. August, in dem Sie Antworten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein auf eine Reihe von Fragen zu den Auswirkungen der Honorarreform 2009 erbitten. Gern kommen wir dieser Bitte des Sozialausschusses der Schleswig-Holsteinischen Landtages nach. Beigefügt finden Sie unsere Stellungnahme zu den 18 Fragen der Abgeordneten Birk. Wir bitten um Nachsicht, dass aufgrund der engen Zeitvorgabe nicht jede Frage in der Ausführlichkeit beantwortet werden konnte, die dem Thema angemessen gewesen wäre.

Ergänzend erlaube ich mir darauf hinzuweisen, dass die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein einen externen Gutachter mit der Analyse der Auswirkungen der Honorarreform auf die Versorgung in Schleswig-Holstein beauftragt hat. Ergebnisse erwarten wir Mitte September. Gern stellen wir die Studie, sobald sie vorliegt, den Mitgliedern des Sozialausschusses zur Verfügung.

Gern stehen mein Vorstandskollege Dr. Ralph Ennenbach und ich dem Ausschuss und seinen Mitgliedern auch persönlich für eine Erläuterung der Honorarreform und ihrer Auswirkungen auf die vertragsärztliche Versorgung in Schleswig-Holstein zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. Ingeborg Kreuz

Bad Segeberg, 10. September 2009

Antworten der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein auf die Fragen des Sozialausschusses des Schleswig-Holsteinischen Landtages zu den Auswirkungen der Honorarreform 2009

Vorbemerkung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

Die Kassenärztliche Vereinigung begrüßt, dass sich der Sozialausschuss des Schleswig-Holsteinischen Landtages mit der Frage der Honorierung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten befasst.

Zur Bitte, auf die aktuelle Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes zu „durchschnittlichen Reinerträgen“ verschiedener Facharztgruppen Bezug zu nehmen, weisen wir darauf hin, dass die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein nur Auskünfte über die Honorierung von ambulant tätigen Ärzten und Psychotherapeuten für die Erbringung vertragsärztlicher Leistungen im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung geben kann. Zu möglichen weiteren Einnahmen, etwa durch die Behandlung von privatversicherten Patienten, liegen der KVSH mangels Zuständigkeit keine Zahlen vor.

Zudem ist zu beachten, dass es sich bei den uns zur Verfügung stehenden Zahlen um Angaben zur Umsatzentwicklung handelt. Von diesen Umsätzen ist der gesamte Praxisbetrieb inklusive aller laufenden Kosten (z. B. Miete, Personal, Versicherungen) und Investitionen bzw. Investitionsrücklagen (z. B. bauliche Investitionen, technische Geräte) zu finanzieren. Hinzu kommen weitere Aufwendungen des Arztes für die Altersvorsorge, für Fortbildungen u.v.m. Das Honorar des Arztes ist nicht sein Einkommen, schon gar nicht sein Netto-Einkommen. Darüber hinaus wird in der öffentlichen Debatte gern übersehen, dass ein freiberuflicher Arzt kein Arbeitnehmer mit festem Einkommen ist, sondern als Praxisinhaber ein unternehmerisches Risiko trägt.

Die Zahlen des Statistischen Bundesamtes, wie auch andere Zahlen zu Ärzteneinkommen, die gelegentlich von interessierter Seite verbreitet werden, sind für uns nicht nachprüfbar. In unseren täglichen Kontakten mit unseren Mitgliedern, in denen auch die wirtschaftliche Lage der Praxen immer wieder zur Sprache kommt, erleben wir aber eine andere Wirklichkeit. Deshalb bezweifeln wir, dass die in der Öffentlichkeit diskutierten Zahlen, bei denen in vielen Fällen unklar bleibt, auf welcher Datenbasis sie errechnet wurden, die Einkommensrealität der Mehrzahl der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein abbildet.

1.) Wie viel Mehreinnahmen für die Honorare stehen den niedergelassenen Ärzte nach den neusten Abrechnungen im Vergleich zum letzten und vorletzten Jahr zur Verfügung und wie sieht die jeweilige Vergleichsrechnung aus? Mehr- bzw. Mindereinnahmen bitte differenzieren nach Facharztgruppen sowie Regelleistungsvolumina und extrabudgetären Leistungen.

Wie die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein in ihrer Pressemitteilung vom 19. August auch öffentlich mitgeteilt hat, ist der Honoraranspruch der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Schleswig-Holsteins gegenüber den Krankenkassen im I. Quartal 2009 um 3,85 Prozent bzw. 9,1 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahresquartal gestiegen. Es ist allerdings zu beachten, dass die Auswirkungen auf die einzelne Praxis sehr unterschiedlich sein können. So haben trotz einer geringen Steigerung des Honoraranspruchs insgesamt rund die Hälfte der Hausärzte und mehr als die Hälfte der Fachärzte Schleswig-Holsteins weniger Honorar erhalten als im Vorjahresquartal. Unsere Pressemitteilung vom 19. August 2009, die weitere Zahlen und eine Bewertung der Ergebnisse enthält, ist als Anlage beigelegt (**Anlage 1**).

Angaben zu den in der Fragestellung erbetenen Differenzierungen sind den beigelegten Anlagen zu entnehmen.

- **Anlage 2** enthält – nach Arztgruppen sortiert – Angaben zur durchschnittlichen Umsatzentwicklung im I. Quartal 2009 jeweils verglichen mit den I. Quartalen der Jahre 2007 und 2008 sowie aufgeschlüsselt nach RLV und extrabudgetären Leistungen.
- **Anlage 3** gibt – ebenfalls nach Arztgruppen sortiert und im Vergleich zu den Vorjahresquartalen sowie aufgeschlüsselt nach RLV und extrabudgetären Leistungen – die Veränderungen in absoluten Zahlen und relativ, d.h. prozentual wieder.
- Weitere Fakten zur Honorarabrechnung des I. Quartals 2009 sind dem beigelegten Beitrag aus der aktuellen Ausgabe (September 2009) unseres Mitgliedermagazins „Nordlicht“ zu entnehmen (**Anlage 4**).

2.) Wie stellen sich die Mehreinnahmen prozentual und in absoluten Zahlen im Vergleich mit den anderen Bundesländern dar?

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein verfügt über keine eigenen Zahlen zur Entwicklung der Honorarsituation in anderen Bundesländern bzw. KV-Bezirken.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat auf einer Pressekonferenz zu den „Ergebnissen der Abrechnungen ambulanter ärztlicher Behandlungen in der gesetzlichen Krankenversicherung im 1. Quartal 2009“ am 27. Juli 2009 in Berlin unter anderem Zahlen zur Veränderung des Honorars im I. Quartal 2009 im Vergleich zum Vorjahresquartal für die einzelnen KV-Bezirke vorgelegt. Der Übersicht der Kassenärztliche Bundesvereinigung, die als Anlage beigelegt ist (**Anlage 5**), ist zu entnehmen, dass der durchschnittliche bundesweite Anstieg des Honorars im genannten Zeitraum 7,8 Prozent betrug, während der Zuwachs in Schleswig-Holstein bei nur 3,85 Prozent lag (vgl. Antwort zu Frage 1). Der Zuwachs in Schleswig-Holstein liegt damit deutlich unter dem bundesweiten Durchschnitt.

Anzumerken ist allerdings, dass es sich bei den von den einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen der KBV gemeldeten Zahlen nicht in allen Fällen um tatsächliche Abrechnungszahlen des I. Quartals handelt, sondern zum Teil auch nur um Hochrechnungen bzw. Prognosen. Inwieweit die Zahlen für das I. Quartal – dem ersten nach Inkrafttreten der Honorarreform – bereits eine verlässliche Vorhersage der Wirkung der Reform über einen längeren Zeitraum zulassen, lässt sich zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht sicher prognostizieren. Insofern muss

die weitere Wirkung der Honorarreform in den nächsten Quartalen aufmerksam beobachtet und analysiert werden.

Dass in der als Anlage beigefügten Übersicht der KBV keine Angaben für Schleswig-Holstein aufgeführt sind, hat seine Erklärung darin, dass zum Zeitpunkt der KBV-Pressekonferenz noch keine belastbaren Zahlen vorlagen und die KVSH darauf verzichtet hat, auf unsicherer Datenbasis Prognosen abzugeben. Bedingt durch den Aufwand, den die Umsetzung der Konvergenzregel (siehe Frage 3) erforderte, hat die KVSH erst Mitte August entsprechende Abrechnungszahlen vorgelegen können.

3.) Wie sähen Gewinne und Verluste prozentual und in absoluten Zahlen für die Facharztgruppen exemplarisch pro Praxis aus, wenn nicht intern durch den in Schleswig-Holstein vereinbarten „Schutzschirm“ (Verlustbegrenzung auf 7,5 Prozent) Gewinne und Verluste nachreguliert werden würden? Welche Steuerungsmöglichkeiten haben Arztpraxen, sich auf die Zukunft ohne einen solchen Ausgleich vorzubereiten, um nicht in Existenznot zu geraten?

Zur Beantwortung des ersten Teils der Frage zur Wirkung des „Schutzschirmes“ sind als Anlage Übersichten beigefügt, die auch nach Arztgruppen aufgeschlüsselt darlegen, dass durch diese Konvergenzregelung existenzbedrohende Umsatzeinbußen in Folge der Honorarreform zunächst vermieden werden konnten (**Anlage 6**)

Die Zahlen ergänzend noch einige Anmerkungen zur Konvergenzregelung: Diese Regelung wurde im Februar 2009 von der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung beschlossen. Die Abgeordnetenversammlung, die sich aus 30 von allen Mitgliedern der KVSH gewählten Vertretern der schleswig-holsteinischen Vertragsärzte und -psychotherapeuten zusammensetzt, ist das höchste Organ der KVSH. Mit dieser Übergangsregelung, die in der beschlossenen Form zunächst für das erste Halbjahr 2009 gültig war, wurde eine Verlustbegrenzung auf maximal 7,5 Prozent für Praxen eingeführt, die als Folge der neuen Honorarreform besonders existenzbedrohende Verluste erlitten hätten. Möglich wurde diese Regelung nur durch einen beispiellosen Solidarakt der Ärzteschaft, da zur Finanzierung der Verlustbegrenzung jene Ärzte, die von der neuen Reform profitiert hätten, weitgehend auf ihre Zugewinne verzichtet haben.

Im Juni haben die Abgeordneten beschlossen, diese Regelung auch im zweiten Halbjahr fortzuführen, allerdings auf auslaufendem Niveau, d. h. die möglichen Verluste können nun größer sein, Honorargewinne werden weniger stark zum Ausgleich herangezogen. Dieses auslaufende Niveau ist erforderlich, weil der Erweiterte Bewertungsausschuss (das bundesweit zuständige Gremium), der im Januar 2009 nicht zuletzt auf Druck aus Schleswig-Holstein hin eine Öffnungsklausel beschlossen hatte, die die Konvergenzregelung erst möglich machte, zugleich festgelegt hat, dass derartige Übergangsregelungen nur bis Ende 2010 möglich sind. Kommt es bis Ende des nächsten Jahres nicht zu grundlegenden Änderungen, werden die Verwerfungen durch diese Honorarreform, die wir nun vorübergehend abfedern konnten, ungefiltert wirksam. Dies wird, so unsere Befürchtung, nicht ohne Auswirkungen auf die ambulante Versorgung bleiben.

Zum zweiten Teil der Frage, über welche Steuerungsmöglichkeiten die Arztpraxen verfügen, um sich auf die Zeit nach dem Auslaufen der Konvergenzregelung einzustellen: Die Steuerungsmöglichkeiten der Praxen, um in Zukunft auch ohne einen solchen solidarischen Ausgleich nicht in Existenznot zu geraten, sind begrenzt. Sicher ist es möglich, das Profil der Praxis auf die Steuerungsanreize, die auch in dieser Honorarreform enthalten sind, auszurichten (z. B. durch Zusatzqualifikationen in Leistungsbereichen, in denen es sog. Qualitätszuschläge gibt, die allerdings ggf. auch mit Investitionen verbunden sind). Allerdings spricht die leidvolle Erfahrung der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten der vergangenen Jahre dafür, dass die Halbwertszeit von Reformen im

Gesundheitswesen begrenzt ist und vielfach mit einer neuen Reform eine gänzlich neue Richtung einschlagen wird. Diese mangelnde Planungssicherheit lässt das sich Einstellen auf gegenwärtige Vergütungssysteme bzw. Anreizstrukturen in der Honorierung vielfach zu einem Vabanquespiel werden.

Eine Ausweitung der Leistungen, die dem Bereich der RLV zugeordnet sind, zum Ausgleich für Umsatzverluste, die durch die neue Honorarverteilung bedingt sind, ist keine Lösung, da diese Regelleistungsvolumina in aller Regel ohnehin nicht ausreichend bemessen sind, um den tatsächlichen Behandlungsbedarf abzubilden. Ist das RLV überschritten, werden die weiteren Leistungen aber nur noch abgestaffelt, d. h. zu einem Bruchteil des in der Euro-Gebührenordnung festgelegten Wertes vergütet. Auf die Problematik der Regelleistungsvolumina gehen wir auch in unserer Antwort auf Frage 4 ein.

Von einigen Seiten, auch vom Bundesgesundheitsministerium, wird stets darauf verwiesen, dass Ärzte weitere Einnahmen aus sog. freien Leistungen erzielen können. Diese Leistungen unterliegen keiner Mengensteuerung, d. h. für diese Leistungen erhält der Arzt für jede erbrachte Leistung stets einen festen Preis. Eine Abstafflung der Preise bei der Überschreitung von Mengengrenzen, wie im Bereich der RLV, gibt es nicht. Was allerdings in aller Regel nur unzureichend deutlich gemacht wird ist, dass diese Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu bezahlen sind. Jede Mengensteigerung bei den freien Leistungen führt deshalb unausweichlich dazu, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen mehr Gelder zurückstellen müssen (Vorwegabzüge), da diese Leistungen zu einem festgelegten Preis vergütet werden müssen. Da die insgesamt zur Verfügung stehenden Mittel unverändert bleiben (die morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist festgelegt), ist die Folge, dass die Mittel dann für die Regelleistungsvolumina fehlen, die RLV werden geringer. Es handelt sich mithin nur ein Verschieben von Geldern innerhalb des festgelegten Gesamtbudgets.

Zu bedenken ist auch, dass es zwar einem Teil der Fachgruppen möglich ist, ihre Honorare aus der Regelversorgung durch freie Leistungen aufzustocken, es zugleich aber eine Vielzahl von Arztgruppen gibt, die kaum oder keine freien Leistungen erbringen können.

Ähnlich verhält es sich mit den extrabudgetären Leistungen. Diese Leistungen, z. B. das neu eingeführte Hautkrebsscreening und die im Schiedsamt ausgehandelten Heimbesuche, werden zwar außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu festen Euro-Sätzen vergütet. Sie kommen aber längst nicht alle niedergelassenen Ärzte zugute, da nicht alle Ärzte Behandlungen im extrabudgetären Bereich durchführen können.

Grundsätzlich ist die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein der Auffassung, dass Leistungen, die ein Arzt erbringt, auch angemessen und vollständig vergütet werden müssen – ohne eine Abstafflungen in der Vergütung bei Überschreitung bestimmter Grenzen, die aus Gründen der Kostendämpfung eingeführt wurden, aber nicht medizinisch begründet sind. Letztlich wird, das zeigt die aktuelle Honorarreform erneut, jedes planwirtschaftliche Mengensteuerungssystem schwer in Einklang zu bringen sein mit einem tatsächlichen Behandlungsbedarf, der nicht exakt prognostizierbar ist.

4.) Wie hoch sind die Vergütungen, die pro PatientIn und Arztpraxis im Quartal für die unterschiedlichen Facharztgruppen durchschnittlich, sowie jeweils maximal und minimal seitens der gesetzlichen Krankenkassen als Regelleistungsvolumen gezahlt werden? Unter welchen Voraussetzungen sind diese „Pro-Kopf-Vergütungen“ kostendeckend?

Eine Zusammenstellung der Regelleistungsvolumina für die einzelnen Arztgruppen für das III. Quartal 2009 ist als **Anlage 7** beigelegt.

Zur Frage der Kostendeckung dieser „Pro-Kopf-Vergütungen“: Nachdem mit der aktuellen Honorarreform eine Euro-Gebührenordnung eingeführt wurde, hat der Gesetzgeber im SGB V zugleich die Regelleistungsvolumina als Instrument geschaffen, um die Menge der ärztlichen Leistungen, die nach dieser Euro-Gebührenordnung vergütet werden, zu begrenzen. Die Regelleistungsvolumina dienen also nicht, so ist es auch der Formulierung im SGB V zu entnehmen, der Abbildung des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs eines GKV-Patienten im Quartal, sondern der Begrenzung einer den Ärzten unterstellten Tendenz zur Leistungsausweitung. In § 87b Abs. 2 SGB V heißt es hierzu u. a.:

„Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Ein Regelleistungsvolumen nach Satz 1 ist die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Abweichend von Absatz 1 Satz 1 ist die das Regelleistungsvolumen überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen zu vergüten (...).“

Dass die durch die Regelleistungsvolumina zur Verfügung gestellte Leistungsmenge für die Regelversorgung der Patienten nicht ausreicht, ist u. a. daraus ersichtlich, dass im I. Quartal 2009 in Schleswig-Holstein in der Grundversorgung rund 20 Prozent aller ärztlichen Leistungen das Regelleistungsvolumen überschritten haben und somit nur zu abgestaffelten Preisen vergütet wurden. In anderen Berufsgruppen wäre es schwer vorstellbar, dass die erbrachte Leistung nur bis zu einer festgelegten Grenze zum „vollen Preis“ bezahlt wird, jenseits dieser Grenze dann aber nur noch ein Bruchteil des kalkulierten Preises erhoben werden darf.

Ein Beispiel aus dem hausärztlichen Praxisalltag belegt, wie eng bemessen das RLV ist. Kommt ein älterer Patient (60 Jahre oder älter) in die Praxis, weil er Beschwerden hat, kann der Hausarzt bei diesem ersten Kontakt 1020 Punkte als sogenannte Versichertenpauschale abrechnen. Bei einem einheitlichen Punktwert von 3,5001 Cent entspricht dies 35,70 Euro – bei einem RLV-Fallwert von 34,69 Euro für Hausärzte im 3. Quartal 2009 in Schleswig-Holstein. Schon bei diesem ersten Kontakt ist die abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen erreicht, die dem Arzt zu den in der Euro-Gebührenordnung festgelegten Preisen zu vergüten ist. Im Arztgruppen-EBM für Hausärzte, der die Gebührenordnung für die hausärztliche Versorgung beinhaltet (und unter www.kbv.de einsehbar ist), ist aufgelistet, welche Leistungen hierfür erbracht werden müssen. Der „obligate Leistungsinhalt“ umfasst einen persönlichen Arzt-Patient-Kontakt, darüber hinaus ist aber ein umfangreicher Katalog von Leistungen angegeben („fakultativer Leistungsinhalt“), die bereits mit diesen 1020 Punkten abgegolten sind. Obgleich der Patient im selben Quartal ggf. mehrfach mit neuen Beschwerden vorstellig werden könnte oder es noch weiterer (z. B. technischer) Leistungen bedarf, bekommt der Arzt diese weiteren Leistungen, da das RLV bereits ausgeschöpft ist, nur noch zu sogenannten „abgestaffelten“ Preisen vergütet, d. h. er erhält nur noch einen Bruchteil des in der Gebührenordnung festgeschriebenen Euro-Betrages. Ähnliche Beispiele ließen sich für nahezu alle Fachgruppen nennen.

5.) Wie hoch ist der minimale und maximale Anteil aus dem Regelleistungsvolumen der gesetzlichen Krankenkassen am Gesamteinkommen der Praxis in den unterschiedlichen Facharztgruppen? Ist es Ziel der gesetzlichen Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung, dass alle Arztpraxen nur mit diesem Regelvolumen auskommen können? Wenn nicht, warum nicht und welche zusätzlichen Einkommensbestandteile stehen den Praxen in welchem Umfang und unter welchen Voraussetzungen ergänzend zur Verfügung (z. B. extrabudgetäre Leistungen)?

Eine Aussage darüber, wie hoch der Anteil der Vergütung der Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumina am „Gesamteinkommen“ der verschiedenen Facharztgruppen ist, kann die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein nicht treffen, da ihr das Gesamteinkommen ihrer Mitglieder nicht bekannt ist (vgl. „Vorbemerkung“).

Grundsätzlich ist festzuhalten, dass es bei einigen Fachgruppen möglich ist, die Honorare aus der Regelversorgung durch freie Leistungen in größerem Umfang aufzustocken, es aber auch eine Vielzahl von Arztgruppen gibt, die gar keine freien Leistungen erbringen können – beispielsweise Nervenärzte und Neurologen. Auch bei Fachgruppen, die grundsätzlich freie Leistungen erbringen können, sind Durchschnittsangaben über den Anteil am Gesamthonorar nur sehr begrenzt aussagekräftig, da es abhängig von der Praxisstruktur und vom Leistungsspektrum zu großen Unterschieden innerhalb der Fachgruppe kommen kann.

Die KVSH spricht sich deshalb dafür aus, den Trend der Fragmentierung des ärztlichen Einkommens zu beenden und statt dessen die Mittel für die Regelversorgung so zu bemessen, dass sie die regelhafte Versorgung der Versicherten in vollem Umfang gewährleisten.

6.) Welche Leistungen werden außerhalb der Regelleistungsvolumina nach welchen Vertragsarten abgerechnet und welche Trends zeichnen sich in diesem Bereich für die Zukunft ab?

Anlage 8 ist eine Auflistung der Leistungen zu entnehmen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden (extrabudgetäre Leistungen).

Anlage 9 sind die Leistungsgruppen zu entnehmen, die außerhalb der Regeleistungsvolumina, aber innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet werden („freie Leistungen“). Zur Problematik des Wechselverhältnisses der für die Regelleistungsvolumina zur Verfügung stehenden Mittel und der zur Vergütung der „freien Leistungen“ erforderlichen Mittel verweisen wir auf unsere Antwort zu Frage 3.

Zu den Trends: Generell ist zu beobachten, dass – nicht zuletzt aufgrund der zu knapp bemessenen RLV – die Leistungsmengen im Bereich der „freien Leistungen“ und bei den extrabudgetären Leistungen ansteigen.

7.) Wie hoch ist der minimale und maximale Einnahmenanteil der Arztpraxen durch PrivatpatientInnen / die privaten Krankenkassen? (bitte aufschlüsseln nach Facharztgruppen.) Können Arztpraxen aller Facharztgruppen auch völlig ohne PrivatpatientInnen überleben?

8.) Wie hoch ist das durchschnittliche persönliche Bruttojahreseinkommen, dass ein(e) Ärztin / Arzt in ihrer / seiner Praxis insgesamt erwirtschaftet? (Bitte exemplarisch Durchschnitts-, sowie Maximal- und Minimalzahlen nach Regionen und (Fach)Arztgruppen nennen.)

9.) Wie viel Prozent der niedergelassenen Haus- und FachärztInnen liegen unterhalb des durchschnittlichen Bruttojahreseinkommens? Gibt es Unterschiede in der Vergütung zwischen länger niedergelassenen Ärztinnen und neu niedergelassenen ÄrztInnen?

10.) Zu welchem Anteil bestehen die Praxiseinnahmen niedergelassener Haus- und Fachärzte in Schleswig Holstein aus Leistungen, die alle gesetzlichen Kassen vergüten oder solchen, die nur einige gesetzliche Kassen vergüten oder solchen, die überwiegend private Kassen vergüten oder solchen, die die PatientInnen außerhalb jeglicher Kassenleistung privat bezahlen?

11.) Wie viel mehr zahlen private Krankenkassen für die identische ärztliche Leistung im niedergelassenen Bereich als die gesetzlichen Krankenkassen? Bitte Durchschnitts- sowie Minimal- und Maximalwerte angeben.

Wie in der „Vorbemerkung“ bereits dargelegt, ist die Kassenärztliche Vereinigung für die Abrechnung von ambulanten medizinischen Leistungen zuständig, die von Vertragsärzten und -psychotherapeuten bei gesetzlich versicherten Patienten erbracht werden. Die KVSH kann deshalb weder Angaben zu den Abrechnungsmodalitäten der Privaten Krankenversicherung (PKV) noch zum Gesamteinkommen der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten machen. Die Fragen 7 bis 11 können wir deshalb nicht beantworten.

12.) Wie hat sich der Anteil der „sprechenden Medizin“ im Gegensatz zu Apparate gestützten Diagnose und Behandlungsverfahren innerhalb des Gesamtbudgets der Kassenärztlichen Vereinigung vor und nach der Honorarreform geändert? Gibt es Veränderungen zwischen bzw. innerhalb der verschiedenen (Fach)Arztgruppen?

Eine umfassende und mit konkreten Zahlen unterlegte Aussage ist mit Blick auf den sehr kurzen Zeitraum, der der KVSH zur Beantwortung der Fragen des Sozialausschusses zur Verfügung stand, nicht möglich. Eine Aufwertung der sogenannten „sprechenden Medizin“ ist aber die Besserstellung der Psychotherapie durch die Honorarreform, auch werden z. B. psychosomatische Leistungen besser vergütet. Eine umfassendere Analyse der Abrechnungsdaten unter Berücksichtigung des in der Fragestellung genannten Gesichtspunktes reicht die KVSH bei Interesse gern nach.

13.) Welche Auswirkungen haben jeweils

- Disease Management Programme,
- Belegarztstätigkeit,
- Verträge im Rahmen der Integrierten Versorgung,
- medizinische Versorgungszentren

auf die Einnahmesituation von Arztpraxen bei den verschiedenen Facharztgruppen und welche Trends zeichnen sich in diesem Bereich ab?

Eine umfassende und mit konkreten Zahlen unterlegte Aussage ist mit Blick auf den sehr kurzen Zeitraum, der der KVSH zur Beantwortung der Fragen des Sozialausschusses zur Verfügung stand, nicht möglich. Gern ist die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein bereit, entsprechende Zahlen nachzureichen, bittet aber um eine Präzisierung der Fragestellung, insbesondere der Spiegelstriche 3 (Integrierte Versorgung) und 4 (MVZ).

14.) Welche Ablösesummen müssen durchschnittlich, sowie minimal und maximal für die Übernahme einer Arztpraxis in Schleswig Holstein gezahlt werden? Wie schätzen Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigung beim derzeit sich vollziehenden Generationswechsel in den Arztpraxen die Refinanzierungsmöglichkeiten durch die Krankenkassenvergütungen ein?

Über die Kaufpreise für Praxen kann die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein nur sehr eingeschränkt eine Aussage treffen, da der Verkauf einer Arztpraxis Sache des Praxisinhabers ist und der KVSH Vertragsdetails – auch Preise – nicht bekannt sind. Die Kassenärztliche Vereinigung steht Ärzten, die ihre Praxen veräußern wollen, beratend zur Seite. Die aus dieser Beratungstätigkeit gewonnenen Erkenntnisse lassen aber keine Aussagen zur durchschnittlichen Preisen zu, da diese nach Lage, Größe, Ausstattung und Struktur der einzelnen Praxis stark variieren.

Hilfreich mag eine Veröffentlichung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank im Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung zum Finanzierungsvolumen bei der Gründung von Arztpraxen sein. Für die Erhebung wurden in den Jahren 2004/2005 rund 2.900 von der Deutschen Apotheker- und Ärztebank durchgeführte Finanzierungen von Praxisgründungen ausgewertet. Das mittlere Finanzierungsvolumen einer Einzelpraxis in Westdeutschland lag im Untersuchungszeitraum bei 184.106 Euro (vgl. „Existenzgründungsanalyse von Ärzten 2004/2005“, Eine Untersuchung der Deutschen Apotheker- und Ärztebank und des Zentralinstituts für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Düsseldorf/Berlin, September 2006).

Zum zweiten Teil der Frage ist anzumerken, dass die Tätigkeit als niedergelassener Arzt bei jungen Medizinerinnen an Attraktivität eingebüßt hat. Neben anderen Gründen ist hierfür auch die unsichere Einkommensperspektive verantwortlich. Den hohen Investitionen stehen begrenzte Budgets im Bereich der GKV gegenüber, zudem haben die zahlreichen Reformen im Gesundheitswesen in den vergangenen 30 Jahren bewirkt, dass das Vertrauen auf verlässliche Rahmenbedingungen und eine Planbarkeit über ein oder zwei Quartale hinaus vielfach nicht mehr vorhanden ist. Eine hochwertige ambulante Versorgung, wohnortnah und flächendeckend, kann dauerhaft aber nur funktionieren, wenn die Einnahmen aus der Behandlung der gesetzlich versicherten Patientinnen und Patienten den wirtschaftlichen Betrieb der Praxis ermöglichen.

15.) Welche Maßnahmen treffen Krankenkassen und kassenärztliche Vereinigung, um die ärztliche Versorgung, insbesondere auf dem Land und in armen Stadtteilen sicherzustellen?

Die KVSH nimmt ihre Verantwortung für die Sicherstellung der ambulanten Versorgung sehr ernst und begegnet dem drohenden Ärztemangel bereits heute mit einer ganzen Reihe von Maßnahmen.

Förderung der Weiterbildung

Gemeinsam mit den Krankenkassen fördert die KVSH junge Ärztinnen und Ärzte, die sich in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin befinden. Allein in den Jahren 2006 und 2007 betrug der Anteil der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein an den Zuschüssen mehr als 2,1 Millionen Euro.

Darüber hinaus hat die Abgeordnetenversammlung der KVSH im November 2008 beschlossen, zusätzliche Mittel für die Förderung von Nachwuchsmedizinerinnen bereitzustellen. Damit wird die KVSH in den Jahren 2009 bis 2011 weitere 1,05 Millionen Euro für die strukturierte Weiterbildung angehender Haus- und Fachärzte zur Verfügung stellen.

Verbundweiterbildung

Zusammen mit den Krankenhäusern im Land strebt die KVSH eine Verbundweiterbildung für angehende Allgemeinmediziner an. Erste Kooperationsabkommen sind, zum Beispiel mit den SANA Kliniken Lübeck, aber auch mit anderen Krankenhäusern im Lande, unterzeichnet. Ziel ist, dass sich Weiterbildungsassistenten in ihrer fünfjährigen Weiterbildungszeit ganz auf ihren Beruf konzentrieren können und davon entlastet werden, die einzelnen Ausbildungsabschnitte, vor allem den Übergang vom Krankenhaus in die Arztpraxis, selbst organisieren zu müssen. Die KVSH stellt im Zuge dieser Kooperation sicher, dass die Nachwuchsmediziner ihre Weiterbildung nach dem stationären Abschnitt ohne Unterbrechung in einer Praxis in räumlicher Nähe zum Krankenhaus fortsetzen können und hat hierfür eigens eine Koordinierungsstelle eingerichtet. Diese stellt eine Schnittstelle zwischen jungen Medizinerinnen, die eine Weiterbildungsstelle suchen, und weiterbildungsberechtigten Vertragsärzten dar.

Neustrukturierung des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Mit Beginn des Jahres 2007 hat die KVSH den kassenärztlichen Bereitschaftsdienst, der die Versorgung der Bevölkerung außerhalb der Sprechstundenzeiten sicherstellt, umfassend neuorganisiert. Ein Ziel der Umstrukturierung war es, eine geringere Arbeitsbelastung für die Ärzte im Bereitschaftsdienst zu erreichen.

Das zuvor existierende Netz von rund 150 regionalen Notdienststringen unterschiedlicher Größe – mit verschiedenen Telefonnummern und verschiedenen Zeiten – wurde durch eine Struktur abgelöst, in deren Mittelpunkt rund 30 Anlaufpraxen stehen, die generell an Krankenhäuser mit Regelversorgung angesiedelt sind. Der Bereitschaftsdienst ist landesweit unter einer einheitlichen Rufnummer zu festen Zeiten erreichbar, mittlerweile wird der Bereitschaftsdienst aus einer KVSH-eigenen Leitstelle landesweit koordiniert. Die Patienten haben die neue Struktur mit einer einheitlichen Notdienstnummer, festen Zeiten und die Einrichtung von Anlaufpraxen an Krankenhäusern sehr gut angenommen, so das Ergebnis einer umfassenden Befragung von Patienten.

Für die Ärzte ist die Arbeitsbelastung durch die Teilnahme am Notdienst geringer geworden, weil sie jetzt auf freiwilliger Basis teilnehmen können. Diese Neuorganisation ist ein Beitrag zu einer höheren Attraktivität der Landarztstätigkeit, da gerade die niedergelassenen Mediziner in ländlichen Gebieten in der Vergangenheit überdurchschnittlich viele Notdienste in den Nachtstunden und an Wochenenden leisten mussten.

Beratungsangebote

Die KVSH bietet sowohl für Ärzte mit Interesse an einer Niederlassung als auch für Mediziner, die bereits in ihrer eigenen Praxis tätig sind, umfangreiche Service- und Beratungsangebote an. Die KVSH führt regelmäßig Seminare und Workshops zu verschiedenen Themen und für unterschiedliche ärztliche Zielgruppen durch. Ergänzt wird dieses Angebot durch Einzelberatungen etwa zu betriebswirtschaftlichen Fragen rund um die Praxisführung oder -gründung und Unterstützung in IT-Fragen.

Im Juni 2009 hat eine Informationsveranstaltung stattgefunden, die gezielt niederlassungswillige Ärzte mit Vertragsärzten, die ihre Praxis in absehbarer Zeit abgeben wollen, zusammengeführt hat. Die Veranstaltung wurde von der Deutschen Apotheker- und Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein gemeinsam durchgeführt.

Seit einigen Jahren ist zu beobachten, dass sich der Frauenanteil in der Medizin erhöht. In einigen Fachgebieten beträgt der Anteil der Ärztinnen bereits 50 Prozent. Frauen stehen in besonderer Weise vor dem Problem der schwierigen Vereinbarkeit von Beruf und Familie, vor allem, wenn sie sich als Vertragsärztin niederlassen wollen. Im Januar 2007 ist das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz in Kraft getreten, das die Berufsausübung flexibilisiert und liberalisiert hat. Hiervon können gerade Frauen profitieren und so verstärkt

für eine Tätigkeit im vertragsärztlichen Bereich gewonnen werden. Als Reaktion auf diese Entwicklung hat die KVSH erstmalig 2007 und erneut im Jahr 2009 „Wiedereinsteigerinnen-Workshops“ für Ärztinnen angeboten, die in die ambulante Versorgung einsteigen wollen. Eingeladen wurden Ärztinnen und Psychotherapeutinnen, die im Arztregister eingetragen und damit „zulassungsfähig“ sind, derzeit aber keine ambulante Tätigkeit ausüben. Die Resonanz auf dieses Angebot ist sehr positiv.

Engagement der Kommunen

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ist ein erster Linie eine Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen. Gleichwohl haben Kassenärztliche Vereinigung, Land und Kommunen ein gemeinsames Interesse an einer flächendeckenden ärztlichen Versorgung in Schleswig-Holstein. Gefragt sind deshalb Zusammenarbeit, Engagement und neue Ideen aller Beteiligten. Auch Städte und Gemeinden müssen ihren Beitrag leisten, attraktive Rahmenbedingungen zu schaffen und mit kreativen Ideen um Ärzte zu werben. Die KVSH ist deshalb mit den Kreisen, Kommunen und den kommunalen Landesverbänden im Gespräch, um gemeinsame Lösungen zu diskutieren.

Lehrstuhl für Allgemeinmedizin

Die KVSH hat sich mit anderen Akteuren aus dem Gesundheitswesen in einem Förderverein für einen eigenen Lehrstuhl für Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein eingesetzt. Eine entsprechende Professur bietet die Chance, mehr angehende Mediziner mit der hausärztlichen Tätigkeit vertraut zu machen und das Interesse zu wecken, die Niederlassung als Allgemeinmediziner anzustreben – vorzugsweise in Schleswig-Holstein. Die Einrichtung eines solchen Lehrstuhls in Schleswig-Holstein macht Fortschritte: Mittlerweile hat die Universität zu Lübeck eine Professur für Allgemeinmedizin ausgeschrieben, so dass in absehbarer Zeit mit der Besetzung dieser Stelle zu rechnen ist.

Versorgungsbericht der Kassenärztlichen Vereinigung

Die KVSH arbeitet an einem Bericht, der eine Bestandaufnahme der Versorgungssituation in Schleswig-Holstein, einen Ausblick auf die zu erwartende Entwicklung sowie Lösungsansätze, um dieser Entwicklung zu begegnen, enthalten wird.

In diesem Versorgungsbericht, der in Kürze öffentlich vorgestellt werden wird, werden wesentliche Themen, die für die Sicherstellung der Versorgung in Zeiten des Ärztemangels von Bedeutung sind, angesprochen, z. B. auch die Reform der Bedarfsplanung. Die gegenwärtige Bedarfsplanung bildet den tatsächlichen Versorgungsbedarf nicht ab. Abweichungen von den der Bedarfsplanung zugrundeliegenden Kriterien sind der KVSH nicht gestattet, da es sich um rechtlich verbindliche Vorgaben der Bundesebene (SGB V, Richtlinien des G-BA) handelt. Die KVSH setzt sich deshalb für eine morbiditätsorientiertere und kleinräumigere Bedarfsplanung ein, die den Versorgungsbedarf präziser abbildet und den regionalen Akteuren erheblich mehr Gestaltungsfreiheiten zugesteht.

Die Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein wird den im Oktober erscheinenden Versorgungsbericht allen Mitglieder des Schleswig-Holsteinischen Landtages zur Verfügung stellen.

Weitere Rahmenbedingungen

Alle Maßnahmen, die denkbar sind, werden keinen Erfolg haben, wenn die Tätigkeit als niedergelassener Arzt insgesamt nicht wieder attraktiver wird. Deshalb sind eine Verringerung der Bürokratie, eine faire Wettbewerbsordnung und eine umfassende Neugestaltung der Honorierung auch ein Beitrag zum Erhalt der Versorgung in der Fläche.

16.) Welche Vorschläge machen jeweils die gesetzlichen und die privaten Krankenkassen, sowie die kassenärztliche Vereinigung zur Optimierung des ärztlichen Honorarsystems?

An der aktuellen Honorarreform, die in der Ärzteschaft für erheblichen Unmut gesorgt hat, lassen sich die gegenwärtigen Kernprobleme des Gesundheitswesens verdeutlichen: Überregulierung, zunehmender Zentralismus, wachsender Staatseinfluss sowie begrenzte Finanzmittel für einen nahezu unbegrenzten Leistungskatalog. Immer neue Nachbesserungen der aktuellen Vergütungsreform können keine dauerhafte Lösung sein, sondern würden nur die Komplexität des Systems weiter erhöhen. Der gegenwärtige Verteilungsmechanismus sorgt weder für Transparenz noch für eine gerechte Verteilung der Honorare. Gescheitert ist mit dieser Reform auch der Glaube, von Berlin aus könne die Honorierung bundesweit, bis auf die kleinste Hallig und unter Umgehung der Kompetenz der regionalen Verhandlungspartner, detailliert geregelt werden.

Deshalb spricht sich die KVSH für eine grundlegende Neugestaltung der Honorierung der ärztlichen Leistung aus. Das derzeitige planwirtschaftliche Mengensteuerungssystem muss abgelöst werden durch ein neues System, das transparent und verlässlich ist, wieder deutlich mehr regionale Gestaltungsmöglichkeiten zulässt und die ärztliche Leistung angemessen vergütet – damit die eigene Praxis nicht zum betriebswirtschaftlichen Blindflug wird. Denn nur eine Praxis, die wirtschaftlich auf einem soliden Fundament steht, ermöglicht es dem niedergelassenen Arzt, sich auf die Versorgung seiner Patienten zu konzentrieren.

Auch gehört die Frage auf die Tagesordnung, in welchem Umfang die Kostenerstattung das bisherige Sachleistungsprinzip ergänzen oder ablösen könnte, um eine direktere Abrechnung zwischen Arzt, Patient und Krankenkasse zu ermöglichen. In einem neuen System muss es selbstverständlich werden, dass der Patient die Kosten seiner Behandlung erfährt. Dies würde die Transparenz erheblich steigern – für alle Beteiligten.

Zu einer offenen Diskussion gehören auch unpopuläre Themen wie die sinnvolle Steuerung der Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch eine sozial gestaffelte Eigenbeteiligung der Versicherten. Eine neues Honorarsystem, das die Eigenverantwortung stärker betont, ist aus Sicht der KVSH keine Aufkündigung der Solidarität, sondern eine Voraussetzung, um unter schwieriger werdenden Bedingungen das erfolgreiche deutsche Modell eines solidarischen Gesundheitswesens erhalten zu können. Die Grundrisiken sollen auch künftig zuverlässig für alle abgesichert sein. Das Solidarprinzip beinhaltet aber auch, dass jeder eine Verantwortung für sich und sein eigenes Handeln hat und die Gemeinschaft dort unterstützend (und solidarisch) wirkt, wo die eigene Leistungsfähigkeit zur Absicherung der Lebensrisiken nicht ausreicht. Solidarität und Eigenverantwortung sind zwei Seiten einer Medaille.

17.) Welche Rolle soll zukünftig der hausärztlichen Praxis im Verhältnis zum Facharztangebot zukommen? Welche Auswirkungen hat eine veränderte Hausarztrolle auf die Verteilung der Budgets der gesetzlichen und privaten Krankenkassen zwischen Facharztpraxen und Hausarztpraxen? Welche Folgen hat dies für die Vertragsverhandlungen der kassenärztlichen Vereinigung mit den Krankenkassen und auf den Sicherstellungsauftrag für die gesamte ärztliche Versorgung?

Es ist zu vermuten, dass die Frage auf die Auswirkungen der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) auf die ambulante Versorgung zielt. Die Änderung der gesetzlichen Grundlagen in § 73b SGB V durch die Parlamentsmehrheit der Großen Koalition im Deutschen Bundestag im Herbst 2008 (Inkrafttreten: 1. Januar 2009) hat dazu geführt, dass ein faktisches HzV-Vertragsmonopol für freie Verbände entstanden ist. Kassenärztliche Vereinigungen sind bei dieser Vertragsart in die zweite Reihe verbannt worden, obwohl sie im Gegensatz zu den Ver-

bänden *alle* in der hausärztlichen Versorgung tätigen Ärzte repräsentieren und vor der aktuellen Gesetzesänderung erfolgreich HzV-Verträge für ihre Mitglieder verhandelt und abgeschlossen haben.

Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat bereits im Vorfeld der jüngsten Änderung des § 73b SGB V ihre Ablehnung des Vorhabens öffentlich begründet und darauf hingewiesen, dass diese Neuregelung auf eine Schwächung des Kollektivvertrags hinausläuft und damit die flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung, wie wir sie heute kennen, gefährdet.

Selektivverträge wie die HzV-Verträge, an denen Kassenärztliche Vereinigungen nicht beteiligt sind, führen zu einer „Bereinigung“ der Gesamtvergütung (Herausrechnung z. B. der Patienten im Hausarztvertrag aus dem Gesamtbudget) und stellen damit die finanzielle Grundlage für die Erfüllung von wichtigen, im Interesse der Allgemeinheit liegenden Aufgaben der Kassenärztlichen Vereinigungen in Frage: die flächendeckende und wohnortnahe Sicherstellung einer ambulanten Versorgung, die Organisation des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, der auch in der tiefen Nacht und am Wochenende erreichbar ist, die Sicherung einer hohen Qualität in der ambulanten Versorgung.

Das Beispiel der Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zeigt, wie überfällig eine faire und verlässliche Wettbewerbsordnung zur Vereinbarkeit von Kollektiv- und Selektivverträgen ist. Die KVSH betrachtet den Kollektivvertrag als unverzichtbare Basis der ambulanten medizinischen Versorgung sowohl für die hausärztliche als auch die wohnortnahe fachärztliche Versorgungsebene. Nur ein intakter Kollektivvertrag schützt vor einer Zersplitterung der Versorgungslandschaft. Ein unkoordinierter Mix aus Selektivverträgen, geschwächtem Kollektivvertrag und durchlöcherter Sicherstellungsauftrag gefährdet hingegen die bewährte wohnortnahe ärztliche Versorgung. Selektivverträge können dann einen sinnvollen Beitrag zur Verbesserung der Versorgung leisten, wenn sie den Kollektivvertrag ergänzen, aber nicht ersetzen.

Der Kollektivvertrag, der die Unteilbarkeit des Sicherstellungsauftrages voraussetzt, schützt auch die freie Arztwahl, denn nur er ermöglicht es, dass jeder gesetzliche Versicherte jeden Vertragsarzt aufsuchen kann, ganz gleich, bei welcher Kassen er versichert ist.

18.) Wie soll in Zukunft die Einnahmesituation für die einzelne Arztpraxis und die PatientInnen transparenter, vorausberechenbarer und gestaltbarer werden, ohne dass gleichzeitig medizinische Leistungen oder Öffnungszeiten der Arztpraxen reduziert werden?

Auf die Notwendigkeit einer transparenten und berechenbaren Vergütung der ärztlichen Leistung haben wir in unserer Antwort auf Frage 16 bereits hingewiesen. Ob mit der gegebenen Finanzausstattung der ambulanten Medizin das hehre Ziel, das in der Fragestellung formuliert wird, erreicht werden kann, ist zu bezweifeln. Tatsächlich bewegen wir uns in einem Spannungsfeld zwischen begrenzten Mitteln und einem sehr umfassenden Leistungskatalog der GKV, der durch die letzten Gesundheitsreformen noch ausgeweitet wurde. Deshalb fordern wir eine Diskussion über die künftige Finanzierung der ambulanten Medizin, wie in der Antwort auf Frage 16 bereits beschrieben. Denn es sind die Ärztinnen und Ärzte, die mit diesem zunehmenden Ungleichgewicht zwischen Anspruch und Wirklichkeit in ihrer täglichen Arbeit konfrontiert sind.

KVSH legt Honorarzahlen für das erste Quartal vor: Schleswig-Holstein weit unter Bundesdurchschnitt

Bad Segeberg (19.08.2009) – Die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein hat konkrete Abrechnungszahlen für das erste Quartal 2009 vorgelegt. Trotz der solidarischen Konvergenzregelung erleidet mehr als die Hälfte der niedergelassenen Ärzte im Land Verluste im Vergleich zu 2008.

Zwar ist der Honoraranspruch der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten Schleswig-Holsteins gegenüber den Krankenkassen um 3,85 Prozent bzw. 9,1 Millionen Euro gegenüber dem Vorjahresquartal gestiegen. Allerdings liegt dieses Ergebnis deutlich unter dem Bundesdurchschnitt von voraussichtlich 7,8 Prozent. Außerdem profitieren nicht alle Ärzte gleichermaßen von dem geringen Honorarplus: Rund die Hälfte der Hausärzte und mehr als die Hälfte der Fachärzte Schleswig-Holsteins haben sogar weniger Honorar erhalten als im Vorjahresquartal.

Aber auch innerhalb der Arztgruppen gibt es zum Teil deutliche Schwankungen. Beispiele hierfür sind Orthopäden und Nervenärzte: Bei den Orthopäden liegt der Anteil der Gewinner bei etwa 18 Prozent und der Anteil der Verlierer bei circa 82 Prozent.

In der Fachgruppe der Nervenärzte haben rund 42 Prozent weniger Honorar als im Vorjahresquartal und 58 Prozent mehr.

Die Zahlen zeigen auch: Der leichte Honoraranstieg ergibt sich insbesondere aus Zuwächsen im extrabudgetären Bereich in Höhe von 4,8 Millionen Euro. Das sind Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung wie das neu eingeführte Hautkrebsscreening und die im Schiedsamt ausgehandelten Heimbesuche. Da längst nicht alle niedergelassenen Ärzte

**Gesundheitspolitik und
Kommunikation**

Marco Dethlefsen
Pressesprecher

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg
23782 Bad Segeberg
✉ 04551 883-381
☎ 04551 883-396
📞 0172 5490093

✉ marco.dethlefsen@kvsh.de
✉ presse@kvsh.de
🌐 www.kvsh.de

Behandlungen im extrabudgetären Bereich durchführen dürfen, kommt auch dieser Anstieg nur einem Teil der Ärzteschaft zugute.

Die ambulante Grundversorgung der Patienten wird von der Honorarreform nicht erreicht. „Entsprechend der bundesweit vorgegebenen Regelleistungsvolumina bekommen Schleswig-Holsteins niedergelassene Ärzte rund 20 Prozent ihrer Leistungen in der Basisversorgung nur zu einem Bruchteil vergütet“, sagte Dr. Ralph Ennenbach, Vorstandsmitglied der KVSH.

„Wäre da nicht der von der Ärzteschaft solidarisch finanzierte Schutzschirm, hätte diese Reform die Existenz vieler Praxen bedroht“, betonte Ennenbach. Um Praxisschließungen zu verhindern, hatte die Abgeordnetenversammlung der KVSH eine Verlustbegrenzung von zunächst 7,5 Prozent beschlossen. Finanziert wird dies allein durch einen Honorarverzicht der Praxen, die einen Zuwachs haben. Diese Gewinne werden auf Null begrenzt.

„Wir brauchen daher eine komplette Neugestaltung des ärztlichen Vergütungssystems. Zentralistisch vorgegebene Budgetzuteilungen an Ärzte passen nicht zum regionalen Bedarf“, so Ennenbach.

Nach den Bundesvorgaben kann der Schutzschirm durch die KVSH nur bis Ende 2010 aufrechterhalten werden.

Umsatzentwicklung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in SH

jeweils für das 1.Quartal !
nur Gruppen mit mehr als 20 Mitgliedern in 2009

45.900 €

Gruppe	Arztzahl in 09	Umsatz je Arzt								
		Gesamt 07	Gesamt 08	Gesamt 09	RLV 07	RLV 08	RLV 09	Extrabud 07	Extrabud 08	Extrabud 09
Hausärzte	1.879	42.995 €	43.603 €	43.455 €	34.257 €	33.804 €	32.819 €	5.532 €	6.202 €	7.360 €
Psychologische Psychotherapeuten	344	16.481 €	16.164 €	19.804 €				6 €	8 €	8 €
Gynäkologen	328	51.761 €	56.080 €	56.748 €	19.442 €	19.115 €	18.228 €	23.873 €	28.229 €	28.769 €
Kinderärzte	177	46.340 €	48.322 €	48.942 €	35.009 €	36.357 €	36.914 €	10.066 €	10.679 €	10.722 €
Augenärzte	174	45.823 €	51.987 €	50.152 €	37.108 €	39.026 €	36.520 €	8.351 €	12.811 €	13.484 €
Orthopäden	173	58.014 €	63.161 €	58.958 €	46.722 €	47.726 €	42.573 €	5.784 €	7.943 €	8.205 €
Chirurgen	130	44.461 €	52.843 €	52.080 €	26.048 €	27.287 €	25.258 €	16.933 €	23.865 €	25.141 €
HNO-Ärzte	120	43.303 €	45.808 €	45.439 €	36.937 €	38.124 €	37.090 €	4.445 €	6.692 €	7.013 €
Hautärzte	111	42.163 €	45.213 €	47.642 €	30.762 €	31.236 €	28.058 €	8.299 €	10.653 €	16.407 €
Ärzte für Nervenheilkunde	103	37.292 €	42.428 €	43.236 €	31.397 €	33.618 €	33.233 €	4.699 €	7.601 €	8.652 €
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt	95	65.995 €	69.531 €	69.050 €	36.956 €	38.208 €	37.399 €	25.344 €	27.175 €	28.274 €
Anästhesisten	92	32.159 €	40.244 €	41.425 €	8.143 €	7.634 €	6.258 €	23.533 €	29.717 €	32.124 €
Psychotherapeutische Mediziner	88	17.723 €	16.871 €	20.505 €				13 €	14 €	6 €
Urologen	85	50.345 €	51.632 €	50.928 €	33.499 €	30.524 €	28.727 €	10.789 €	15.139 €	15.739 €
Kinder - und Jugendlichen-psychotherapeuten	70	16.640 €	16.306 €	20.253 €				3 €	3 €	3 €
Radiologen mit CT/MRT	57	127.096 €	132.779 €	122.616 €	121.316 €	109.819 €	99.422 €	145 €	17.252 €	17.260 €
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	53	15.829 €	15.500 €	18.495 €				9 €	6 €	3 €
Kardiologen (Invasiv & Nicht Invasiv)	50	72.142 €	73.673 €	68.672 €	61.556 €	60.905 €	59.143 €	5.381 €	7.907 €	5.059 €
Nephrologen	47	213.111 €	218.559 €	220.243 €	29.673 €	30.392 €	29.090 €	180.746 €	185.563 €	187.988 €
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	43	11.731 €	11.980 €	11.150 €	1.798 €	1.887 €	1.222 €	9.894 €	10.042 €	9.893 €
Pneumologen	38	69.758 €	76.713 €	73.573 €	58.118 €	58.936 €	52.312 €	4.239 €	7.850 €	7.400 €
Labormediziner	32	293.362 €	310.717 €	366.495 €				5.661 €	5.327 €	5.830 €
Pathologen	31	58.713 €	53.661 €	65.560 €				6.206 €	7.054 €	7.192 €
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	30	78.259 €	71.838 €	70.968 €	32.655 €	31.638 €	29.385 €	45.445 €	40.051 €	40.375 €
Psychiater, weniger als 30% Psychotherapie	22	26.868 €	28.010 €	29.962 €	22.474 €	22.044 €	21.359 €	1.804 €	3.733 €	6.450 €

Umsatzentwicklung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in SH

jeweils für das 1.Quartal !
nur Gruppen mit mehr als 20 Mitgliedern in 2009

Gruppe	Absolute Veränderung				Relative Veränderung							
	Gesamt 07 auf Gesamt auf Gesamt 09	Gesamt 08 auf Gesamt auf Gesamt 09	RLV 07 auf RLV 09	RLV 08 auf RLV 09	EB 07 auf EB 09	EB 08 auf EB 09	Gesamt 07 auf Gesamt auf Gesamt 09	Gesamt 08 auf Gesamt auf Gesamt 09	RLV 07 auf RLV 09	RLV 08 auf RLV 09	EB 07 auf EB 09	EB 08 auf EB 09
Hausärzte	460 €	-148 €	-1.438 €	-984 €	1.828 €	1.157 €	1,1%	-0,3%	-4,2%	-2,9%	33,0%	18,7%
Psychologische Psychotherapeuten	3.323 €	3.640 €			2 €	1 €	20,2%	22,5%			36,8%	6,8%
Gynäkologen	4.987 €	668 €	-1.213 €	-887 €	4.896 €	540 €	9,6%	1,2%	-6,2%	-4,6%	20,5%	1,9%
Kinderärzte	2.602 €	620 €	1.905 €	557 €	656 €	43 €	5,6%	1,3%	5,4%	1,5%	6,5%	0,4%
Augenärzte	4.329 €	-1.835 €	-588 €	-2.506 €	5.133 €	672 €	9,4%	-3,5%	-1,6%	-6,4%	61,5%	5,2%
Orthopäden	944 €	-4.202 €	-4.149 €	-5.153 €	2.421 €	262 €	1,6%	-6,7%	-8,9%	-10,8%	41,9%	3,3%
Chirurgen	7.619 €	-764 €	-790 €	-2.029 €	8.209 €	1.276 €	17,1%	-1,4%	-3,0%	-7,4%	48,5%	5,3%
HNO-Ärzte	2.136 €	-370 €	154 €	-1.034 €	2.568 €	321 €	4,9%	-0,8%	0,4%	-2,7%	57,8%	4,8%
Hautärzte	5.479 €	2.428 €	-2.704 €	-3.178 €	8.108 €	5.754 €	13,0%	5,4%	-8,8%	-10,2%	97,7%	54,0%
Ärzte für Nervenheilkunde	5.944 €	809 €	1.836 €	-385 €	3.953 €	1.052 €	15,9%	1,9%	5,8%	-1,1%	84,1%	13,8%
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt und	3.055 €	-481 €	443 €	-809 €	2.930 €	1.099 €	4,6%	-0,7%	1,2%	-2,1%	11,6%	4,0%
Anästhesisten	9.266 €	1.181 €	-1.885 €	-1.377 €	8.591 €	2.407 €	28,8%	2,9%	-23,2%	-18,0%	36,5%	8,1%
Psychotherapeutische Mediziner	2.782 €	3.634 €			-7 €	-9 €	15,7%	21,5%			-55,8%	-59,7%
Urologen	583 €	-704 €	-4.772 €	-1.797 €	4.950 €	600 €	1,2%	-1,4%	-14,2%	-5,9%	45,9%	4,0%
Kinder - und Jugendlichen- psychotherapeuten	3.613 €	3.947 €			0 €	0 €	21,7%	24,2%			8,0%	13,8%
Radiologen mit CT/MRT	-4.480 €	-10.162 €	-21.894 €	-10.397 €	17.115 €	8 €	-3,5%	-7,7%	-18,0%	-9,5%	11810,9%	0,0%
Andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte	2.666 €	2.995 €			-6 €	-3 €	16,8%	19,3%			-70,4%	-57,2%
Kardiologen (Invasiv & Nicht Invasiv)	-3.470 €	-5.001 €	-2.413 €	-1.762 €	-322 €	-2.848 €	-4,8%	-6,8%	-3,9%	-2,9%	-6,0%	-36,0%
Nephrologen	7.132 €	1.685 €	-582 €	-1.302 €	7.243 €	2.425 €	3,3%	0,8%	-2,0%	-4,3%	4,0%	1,3%
Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgen	-581 €	-830 €	-576 €	-666 €	-1 €	-149 €	-5,0%	-6,9%	-32,1%	-35,3%	0,0%	-1,5%
Pneumologen	3.815 €	-3.140 €	-5.806 €	-6.624 €	3.161 €	-450 €	5,5%	-4,1%	-10,0%	-11,2%	74,6%	-5,7%
Labormediziner	73.133 €	55.778 €			170 €	503 €	24,9%	18,0%			3,0%	9,4%
Pathologen	6.847 €	11.899 €			987 €	138 €	11,7%	22,2%			15,9%	2,0%
Kinder- und Jugendpsychiater mit Sozialpsychiatrie	-7.292 €	-870 €	-3.270 €	-2.252 €	-5.070 €	324 €	-9,3%	-1,2%	-10,0%	-7,1%	-11,2%	0,8%
Psychiater, weniger als 30% Psychotherapie	3.094 €	1.952 €	-1.114 €	-685 €	4.646 €	2.717 €	11,5%	7,0%	-5,0%	-3,1%	257,5%	72,8%

HONORARABRECHNUNG 1/2009

Ergebnisse liegen vor

Die folgenden Darlegungen sollen Ihnen das Ergebnis der Honorarreform etwas näher bringen. Da die Reform den Weg des Geldes von den Kassen zu Ihnen nochmals verkompliziert hat, kann dies im Rahmen eines wenige Seiten umfassenden Nordlichtartikels jedoch nur ansatzweise gelingen.

Die Komplexität hat ein Stadium erreicht, welches die öffentliche Darstellung sehr erschwert. Dies jedenfalls dann, wenn die übliche Kurzform genügen muss und im Interview 30 Sekunden eine Menge Zeit darstellen. Die Botschaft der Gegenseite ist eben, weil Sie falsch aber einfach ist, oft gängiger als die Fakten. Wir haben uns daher entschieden, diese Ergebnisse in vielen Einzelgesprächen mit Kassen und Politik zu verdeutlichen. Und außerdem planen wir für die zweite Septemberwoche die öffentliche Präsentation eines mehr als hundertseitigen Gutachtens zur Reform, in dem wir tonnenweise Fakten auf den Tisch der öffentlichen Meinung legen. Letzteres werden wir Ihnen auf Wunsch gerne zusenden.

Dieser Artikel konzentriert sich auf einige wesentliche Entwicklungen: Entwicklung der Gesamtvergütung, Auslastungen und Überschreitungen der Rückstellungen, Wirkung der Konvergenzregelung, letzteres an wenigen Fachgruppen illustriert. Bitte verstehen Sie diesen Artikel auch als eine Bestandsaufnahme, die politischen Implikationen werden gestreift, bilden aber nicht das Schwergewicht des Textes.

Entwicklung der Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung umfasst den extrabudgetären Teil („EGV“) sowie den budgetierten – morbiditätsbedingten – Bereich („MGV“). Letzterer wurde im Rahmen enger Bundesvorgaben im Schiedsamt streitig entschieden und stellt die Obergrenze der Vergütung für die „normalen“ RLV und Vorleistungen an Versicherten in Schleswig-Holstein dar. Aus diesem Budget sind also auch die Fremdleistungen der Ärzte außerhalb Schleswig-Holsteins zu vergüten. Die Ergebnisse sind für diesen Bereich wie vorhergesagt so mager ausgefallen, dass wir ohne Honorarreform im alten System sicher mehr erreicht hätten als im neuen. Die Zahlen entnehmen Sie bitte der Tabelle 1.

Sie werden feststellen, dass die Steigerung der Gesamtvergütung sich nicht mit von uns mitgeteilten Honoraranspruch der Schleswig-Holsteiner Ärzte deckt. Letzter ist um 3,85 Prozent und insgesamt 9,2 Millionen Euro gestiegen. Was ist hier falsch? Dies werde ich umgehend erläutern, doch zunächst einige Ausführungen zu den extrabudgetären Leistungen. Tabelle 2 gibt die wesentlichen Zuwächse und Abflüsse nach Leistungsbereichen wieder.

Die Analyse von Preis- und Mengeneffekten ist wegen der Vielzahl der mit der Reform einhergehenden Änderungen von EBM-Positionen und Punktwerten eine Fleißarbeit, die derzeit noch nicht abgeschlossen ist. Am Beispiel der Prävention sei dies aber ausgeführt: Für diese Leistungen ist infolge der Reform der Punktwert im Mittel um 4,4 Prozent gefallen, während die Leistungsmenge um 9,45 Prozent zugelegt hat. Dass die Reform sich den Zuwachs an förderungswürdigen Leistungen nicht an die Brust zu heften hat, steht wohl nicht zur Debatte. Ärzte arbeiten mehr als vorab (das war immer gewünscht), der Preis ist aber gefallen. Auch ein Teil der tristen politischen Bilanz dieser Reform.

Der Unterschied zwischen Honoraranspruch und Gesamtvergütung

Nun, die Reform hat uns die vorab zu bildenden Rückstellungen aus der Gesamtvergütung beschert. Wenn diese nun nicht ausreichen, um die Menge zu vergüten, sind Ihre Leistungen gleichwohl mit dem Orientierungspunktwert „auf Pump“ zu vergüten und in der Folgezeit auszugleichen. Und genau dies ist in 1/2009 bei den Fachärzten deutlich geschehen. Um nicht vorzugreifen und Ihnen das Nachvollziehen zu ermöglichen, die weitere Aufteilung Schritt für Schritt: Innerhalb der MGV stehen in für Ärzte in SH 177,5 Millionen Euro zur Verfügung (das ist die erste Zeile in Tabelle 1). Davon entfallen auf die Psychotherapeuten 9,55 Millionen Euro, die Hausärzte 82,4 Millionen Euro und die Fachärzte 85,7 Mio. Euro. An die Fachärzte waren aber in toto 89,5 Millionen Euro (vor Konvergenz, nach Kon-

Tabelle 1: Entwicklung der Gesamtvergütung 1/2007, 1/2008, 1/2009

	1/2007 (ohne Nachvergütungen)	1/2008 (ohne Nachvergütungen)	1/2009 (Rückstellungen)
Summe bereichseigene Ärzte	173.856.858,40 €	177.163.224,39 €	177.505.053,47 €
Fremdärzte (FKZ)	12.000.000,00 €	14.000.000,00 €	13.499.046,30 €
Sicherstellungsaufgaben, Härtefälle	465.000,00 €	1.270.000,00 €	991.824,96 €
Fehlschätzungen für Vorwegabzüge			847.593,86 €
Korrektur Versichertenzahlen			374.592,53 €
Überzahlungen	-30.000,00 €	-1.800.000,00 €	
MGV nach Bereinigungen	186.291.858,40 €	190.633.224,39 €	193.218.111,13 €
extrabudgetär	54.890.530,89 €	60.467.821,64 €	65.261.098,73 €
Gesamtvergütung	241.182.389,29 €	251.101.046,03 €	258.479.209,86 €

vergenz sogar 89,7 Millionen Euro) auszuzahlen, demnach fehlen hier satte 4 Millionen Euro gegenüber der Gesamtvergütung. Das heißt anders herum ausgedrückt: **Der Honoraranspruch der Fachärzte ist 4 Millionen Euro höher als dies die Kassen bisher vertraglich zugestanden haben.** Auf dieses Risiko hatten wir vorab aufmerksam gemacht und gefordert, dass es eine Nachschussverpflichtung der Kassenseite geben müsse. Dieser Auffassung hat sich das Schiedsamt aber nicht angeschlossen. Jetzt geht es in die Nachverhandlung, welche ohne weiteres Monate dauern dürfte. Wir sind übrigens nicht die einzige KV, die derartiges erlebt, zumindest in Nordrhein sieht die Bilanz ähnlich aus.

Verteilung der Zugewinne in der Reform zwischen Haus-/ Fachärzten und Psychotherapeuten

Die Psychotherapeuten haben ihren Umsatz von 7,9 Millionen Euro in I/2008 auf 9,55 Millionen Euro in I/2009 steigern können. Dies ging übrigens nicht mit einer Ausweitung der antragsgebundenen Leistungen einher. Die auf die Urteile des BSG zurückzuführende Neukalkulation hat zu einem höheren Preis dieser Leistungen geführt. Ein weiterer Effekt ist, dass die probatorischen Leistungen im Rahmen der zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen – und damit nahezu immer – mit 3,5 Cent vergütet werden. Deren niedrige Vergütung war in der Vergangenheit eher Anlass, diese Leistungen zu meiden. Die jetzige Regelung führt zu einer Neuausrichtung der psychotherapeutischen Tätigkeit. Man muss aber auch festhalten, dass die Form dieser Vergütung auch für Hausärzte und Fachärzte beispielgebend sein kann: Die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen sind ein sinnvolles Vergütungssystem, gerade wenn man es mit den komplizierten RLV vergleicht. So sollte es eigentlich für alle sein. Die Hausärzte haben ihre Vergütung von 80,2 Millionen Euro in

I/2008 auf 82,4 Millionen Euro in I/2009 steigern können. Hintergrund ist der neue Aufteilungsmodus der Gesamtvergütung, in den der sogenannte EBM-Faktor eingeflossen ist. Dieser hat die Hausärzte im ersten Halbjahr gegenüber den Fachärzten relativ besser gestellt als zuvor. Bei den Fachärzten waren wir schon einmal, es fehlt nur der Vergleich zu I/2008, wo das Honorar 88,9 Millionen Euro betrug. Damit haben die Fachärzte real gegen I/2008 im Honoraranspruch zwar einen minimalen Zuwachs zu verzeichnen, der vertraglich bisher von den Kassen zugestandene Anteil ist aber rückläufig. Auch bei den Hausärzten haben wir massiven Grund mit den Kassen in die Nachverhandlung zu gehen: Die Konvergenzregelung ist bei Haus- und Fachärzten von der Systematik gleich gebaut. Da im Bereich der Hausärzte durch die Reform weniger Verlierer entstehen als bei den Fachärzten, wird ein zu hoher Solidarbeitrag eingefordert! **Auf diese Weise sind rund 4 Millionen Euro zuviel an die KV zurückgeflossen**, die wir gerne an die Geberpraxen zurückführen würden. Dies setzt das Einverständnis der Kassen voraus, was wir derzeit einfordern.

Konvergenzregelung

Und damit kommen wir zu den Auswirkungen der Konvergenzregelung. Diese war ohne Zweifel notwendig, um in diversen Fachgruppen eine existentielle Krise zu verhindern. Alleine schon wegen dieser Einzigartigkeit bin ich stolz für eine Mitgliedergemeinschaft zu arbeiten, die zu einer derart umfassenden Solidarität fähig ist. Die politische Botschaft ist: Wir lassen niemand hängen. Es hat auch Kritik an diesem Vorgehen gegeben. Mitunter inhaltlich nachvollziehbar, manchmal aus purer Emotion verfasst. Vielleicht ist es ein Trost für besonders betroffene Zahler, dass die KVSH dies wohl auch getan hätte, wenn es anders herum und damit individuell negativ ausgegangen wäre. Bitte sehen Sie den Wert, den eine Solidargemeinschaft hat. Gerade dann, wenn die Entscheidungen im fernen Berlin noch häufiger und unvorhersehbarer werden als heute.

Tabelle 3 gibt Aufschluss über die Auswirkung der Honorarreform auf einzelne Gruppen, wobei bei den Fachärzten lediglich die Nervenärzte als Gruppe mit dem größten Zugewinn und die Orthopäden als prozentual stärkste Verlierer aufgeführt sind. Infolge der eben beschriebenen Effekte ist der Zugewinn bei den Hausärzten nun in einer Rückstellung bei der KVSH gelandet (s. o.). Trotz Umstrukturierungen der Praxen und Mehranstrengungen bei Leistungen der Vorwegabzüge (z. B. Akupunktur) erleidet eine Gruppe in der Spitze ein Honorarverlust von fast 13 Prozent heraus. Eine solche ohne Vorankündigung hereinbrechende Reform, darf nicht sein. Wieder ein Beispiel dafür, dass neue Regelungen erst einmal Vorlauf und Test benötigen.

Tabelle 2: Honorarentwicklung extrabudgetärer Leistungen

Leistungsbereich	I /2007	I /2008	I /2009	delta
Kapitel 31	6,8	7,18	7,78	8,4%
Hautscreening	0,3	0,41	1,52	267,7%
Prävention	9,59	9,86	10,31	4,6%
Strahlentherapie	–	2,39	2,1	-12,0%
Betreuungspauschalen	0,5	0,86	1,09	26,5%
Besuche Pflegeheime	1,18	1,47	3,05	107,7%
Strukturvertrag (nur Op. und Anästhesien)	1,48	1,65	1,92	16,2%
Mutterschaftsvorsorge	4,09	4,15	3,98	-4,2%
Dialysesachkosten	10,1	11,2	10,9	-2,7%

Tabelle 3: Honorare von Gewinner- und Verlierergruppen (exemplarisch)

	Absolute Veränderung		absolut je Arzt		relative Veränderung	
	vor Konvergenz	nach Konvergenz	vor Konvergenz	nach Konvergenz	vor Konvergenz	nach Konvergenz
Alle Gruppen	4.259.381,16 €	-779.267,73 €	1.013,99 €	-263,29 €	2,0 %	-0,5 %
Hausärzte	5.153.550,76 €	- 56.898,44 €	2.452,01 €	-53,43 €	5,6 %	-0,1 %
Fachärzte	-894.169,60 €	-722.369,29 €	-601,89 €	-509,78 €	-1,0 %	-0,8 %
Allgemeinmediziner	4.482.083,54 €	-111.259,17 €	2.297,07 €	-148,04 €	5,3 %	-0,3 %
Kinderärzte	652.896,94 €	98.026,78 €	4.045,65 €	916,39 €	8,4 %	1,9 %
Nervenärzte	270.829,52 €	-33.940,43 €	3.862,41 €	903,48 €	9,1 %	2,1 %
Orthopäden	-1.392.464,04 €	-741.803,55 €	-7.968,80 €	-4.202,32 €	-12,6 %	-6,7 %

Tabelle 4: Gewinner/Verlierer der RLV-Relevanten Gruppen in I/2009

	Arztzahlen			Anteil der Gewinner	
	Anzahl	Gewinner vor K.	Gewinner nach K.	vor Konvergenz	nach Konvergenz
alle RLV-Ärzte	3.467	1.910	1.597	55,1 %	46,1 %
Hausärzte	1.839	1.180	915	64,1 %	49,7 %
Fachärzte	1.628	730	683	44,9 %	41,9 %
Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte und Hausärztliche Internisten	1.662	1.057	822	63,6 %	49,5 %
Kinderärzte	156	110	84	70,4 %	53,7 %
Orthopäden	151	22	27	14,8 %	17,6 %
Augenärzte	135	31	35	23,1 %	26,0 %
Chirurgen	105	43	37	40,9 %	35,2 %
Urologen	79	34	33	43,0 %	41,8 %
Radiologen CT/MRT	51	23	19	45,1 %	37,3 %
HNO-Ärzte	105	50	48	47,8 %	45,8 %
Gynäkologen	304	153	131	50,1 %	42,9 %
Nervenärzte	100	65	58	65,0 %	58,0 %

Auswirkungen auf die Zahl der Gewinner und Verlierer

Tabelle 4 zeigt auf, dass die Betroffenheit der Gruppen von der Konvergenzregelung sehr unterschiedlich ist. Der Beitrag zur Solidarität, also die Verringerung der Anzahl der Gewinner, variiert zwischen den einzelnen Fachgruppen.

Die Auswirkungen der Honorarreform auf die Gruppen sind ein eigenes Kapitel. Da EBM-Effekte, Veränderungen der Punktwerte und die Vorgaben zur Mengenbegrenzung aufeinandertreffen, gibt es kaum einheitliche Trends. Die nachfolgenden Grafiken stellen daher eine Art Kaleidoskop dar.

Grafik 1: Umverteilungswirkung bei den CT-/MRT-Radiologen

Beginnend mit den Radiologen, die infolge der Heterogenität der (Groß-) Praxenzusammensetzung anfällig für Änderungen der Verteilung sind. Diese Gruppe kommt insgesamt eher neutral durch die Umstellung.

Grafik 2: Auswirkung der Konvergenzregelung bei Nervenärzten

In Grafik 2 als Beispiel für eine Gewinnergruppe ein Blick auf die Nervenärzte, die infolge von Verbesserungen im EBM zu den wenigen Gewinnern gehören.

Grafik 3: Auswirkung der Konvergenzregelung bei Orthopäden

Mit der Grafik 3 wird die Gruppe mit den stärksten Verlusten betrachtet.

Im zweiten Quartal wird es für die Orthopäden infolge der Korrektur der Fallwertzuschläge für die (Teil-)Radiologie zwar etwas besser aussehen, der Trend zum Verlust wird dadurch aber nicht gebrochen.

Grafik 4 und 5: Auswirkung der Konvergenzregelung bei Augenärzten

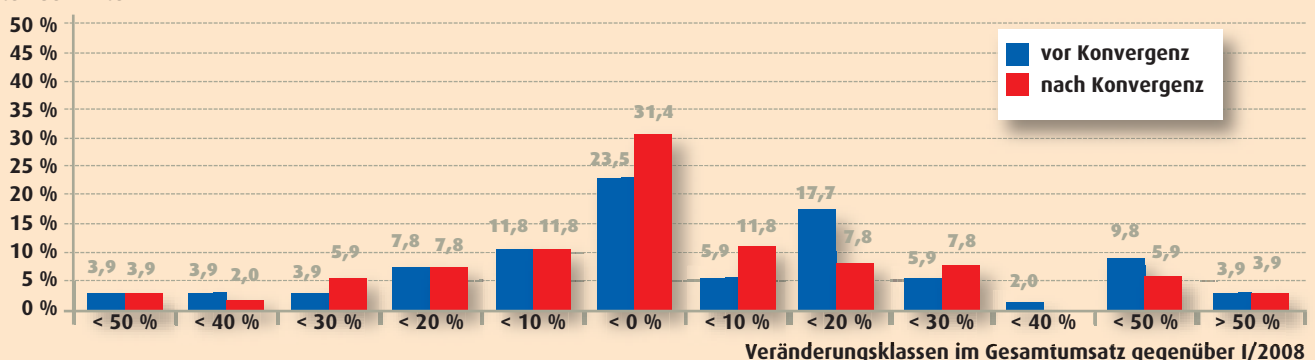
Um Umverteilungseffekte im Detail erkennen zu können, reicht mitunter nicht der Blick auf die Fachgruppe. Am Beispiel der Augenärzte wird deutlich, dass es hier auf die Differenzierung ambulantes Operieren ankommt. Demnach geht die Reform an den Operateuren eher vorbei, während die konservativen Praxen überproportional verlieren (Grafik 4). Infolge der Konvergenzregelung konzentriert sich die breite Mehrheit der Praxen im Bereich zwischen 0 und -10 Prozent; das Ergebnis für die meisten Praxen beträgt regelhaft 7,5 Prozent Verlust (Grafik 5).

Soweit diese erste Analyse, die es zu vertiefen gilt. Dazu ist u. a. eine Information der Berufsverbände vorgesehen. Es ist wohl deutlich geworden, dass die Welt noch vielfältiger – nein verrückter – geworden ist. Es hat früher nie eine KV gegeben, die bei sich selber Schulden machen musste. Wir stehen also vor den Kassen und dürfen der Vergütung Ihrer Leistungen hinterherlaufen. Das dies im Wirtschaftsleben eine schlechte Position ist, brauche ich wohl nicht zu schildern. Ob wir als KV überhaupt noch in der Lage sind, dieses System zu erklären mag offen sein. Vermitteln können wir es jedenfalls nicht. Auch das ist ein Fazit.

DR. RALPH ENNENBACH, VORSTANDSMITGLIED DER KVSH

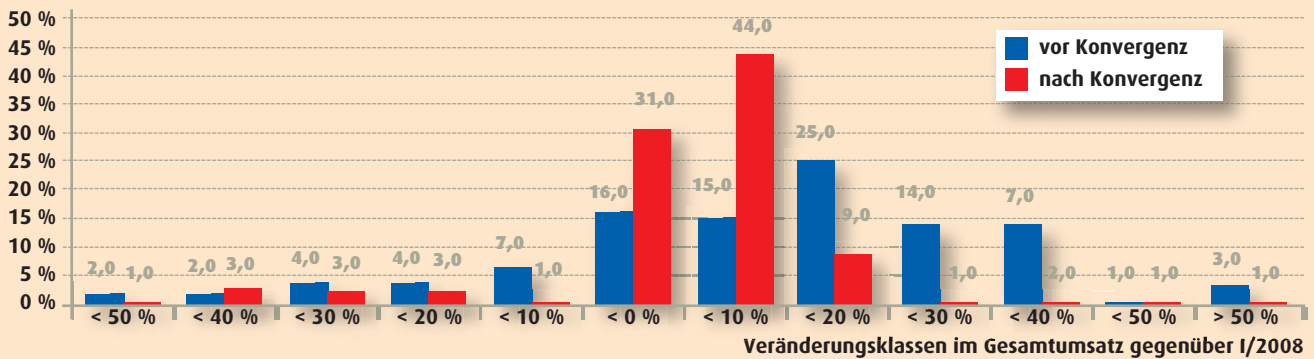
Grafik 1: Umverteilungswirkung bei den CT-/MRT-Radiologen

Anteil der Ärzte



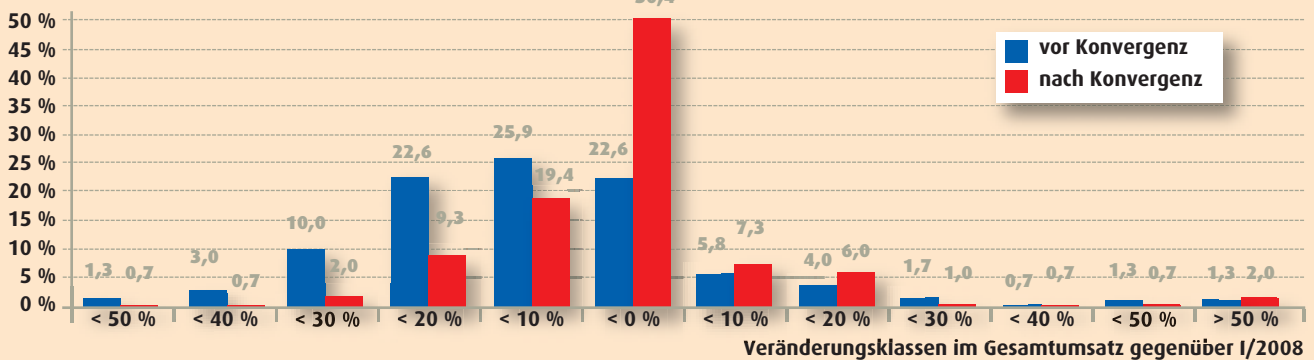
Grafik 2: Auswirkung der Konvergenzregelung bei Nervenärzten

Anteil der Ärzte



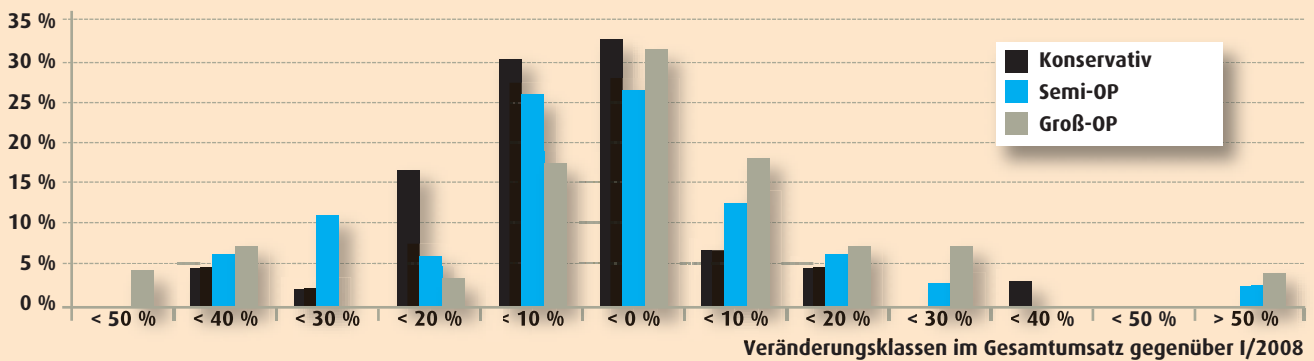
Grafik 3: Auswirkung der Konvergenzregelung bei Orthopäden

Anteil der Ärzte



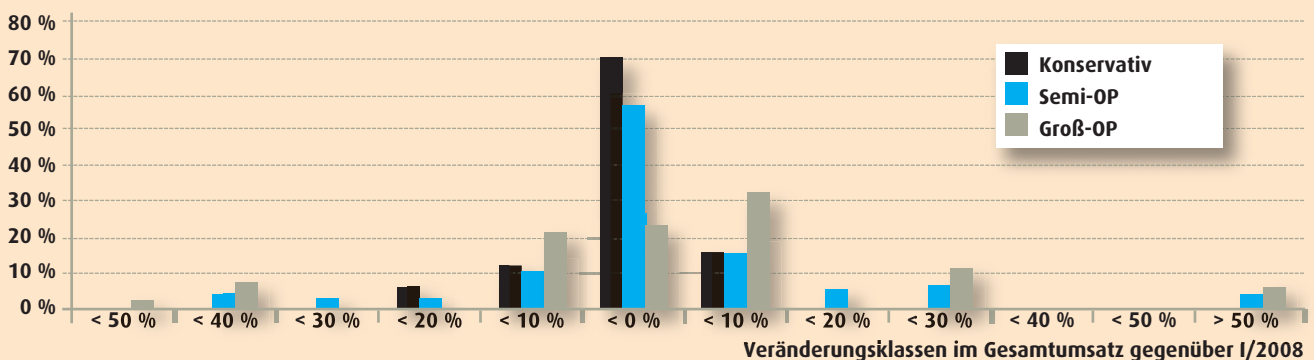
Grafik 4: Umverteilung Augenärzte vor Konvergenz in I/2009, differenziert nach Schwerpunkten

Anteil der Ärzte



Grafik 5: Umverteilung Augenärzte nach Konvergenz in I/2009, differenziert nach Schwerpunkten

Anteil der Ärzte



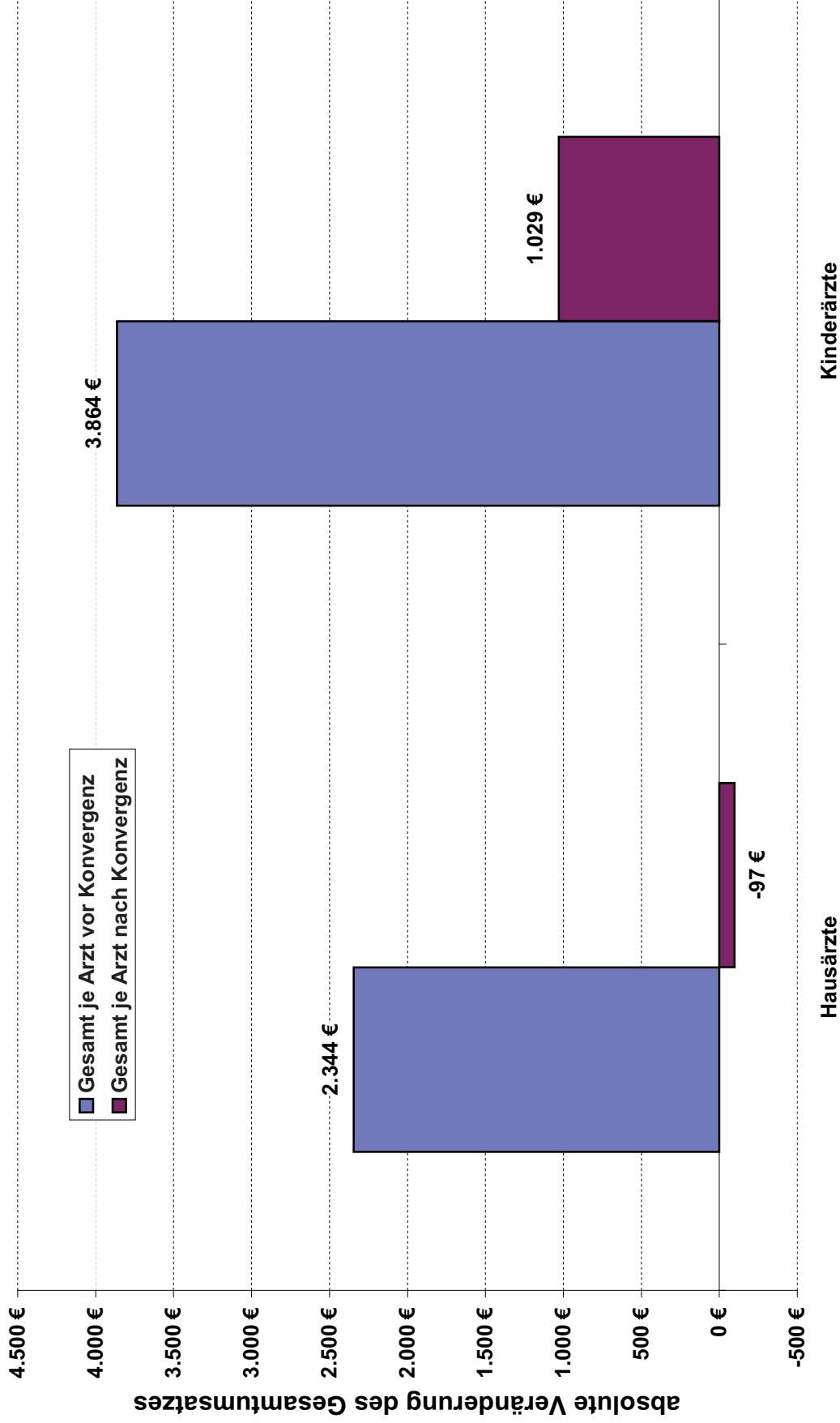
2. Veränderung des Honorars 1/2009 zu 1/2008 je KV

Kassenärztliche Vereinigung	1. Quartal 2009 zu 1. Quartal 2008				
	Veränderung		Veränderung je Versicherten	Veränderung je Praxis	
	Euro	Prozent			
Schleswig-Holstein					
Hamburg					
Bremen	9.284.501	10,7%	11,3%	10,7%	
Niedersachsen	103.115.768	17,6%	18,0%	17,6%	
Westfalen-Lippe *	25.222.363	6,7%	7,2%	6,7%	
Nordrhein	34.962.121	4,2%	4,6%	4,2%	
Hessen	45.596.814	8,3%	8,7%	2,8%	
Rheinland-Pfalz	18.047.960	5,3%	5,8%	4,5%	
Baden-Württemberg **	-7.000.000	-0,7%	-0,4%	0,0%	
Bayerns	42.398.672	3,5%	3,7%	3,5%	
Berlin	97.000.000	32,2%	31,8%	32,2%	
Saarland	12.043.729	13,2%	14,3%	15,9%	
Mecklenburg-Vorpommern	24.360.000	15,6%	16,8%	15,6%	
Brandenburg **	13.085.420	8,9%	9,8%	8,9%	
Sachsen-Anhalt	30.168.213	16,1%	17,7%	16,1%	
Thüringen	23.622.267	12,6%	13,8%	13,6%	
Sachsen					
SUMME	471.907.827	7,8%	8,3%	7,4%	

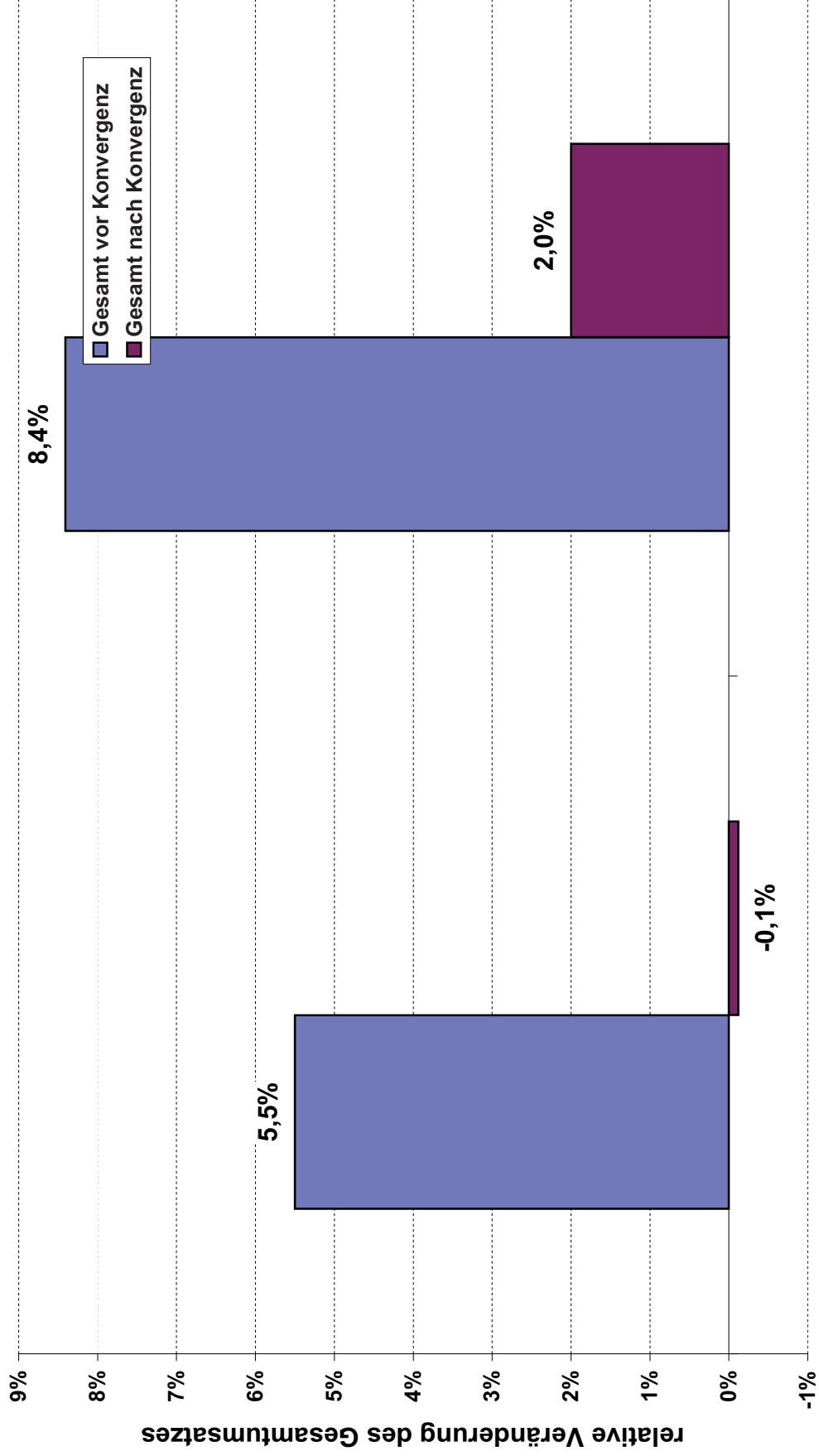
* Honorar ohne Laborleistungen inkl. Laborbonus

** Kassenseitige Rechnungslegung nach FKZ

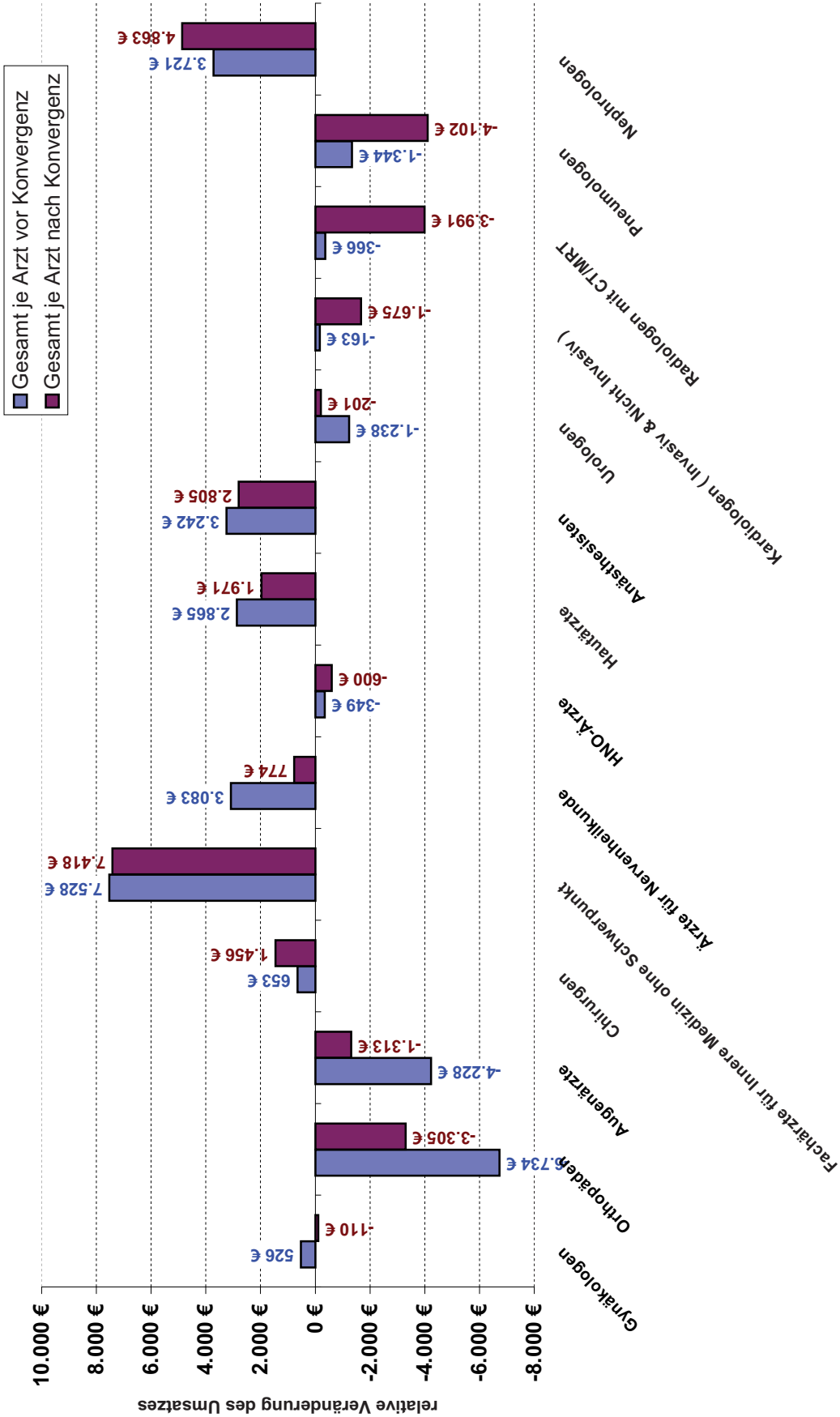
Hausärztlicher Versorgungsbereich



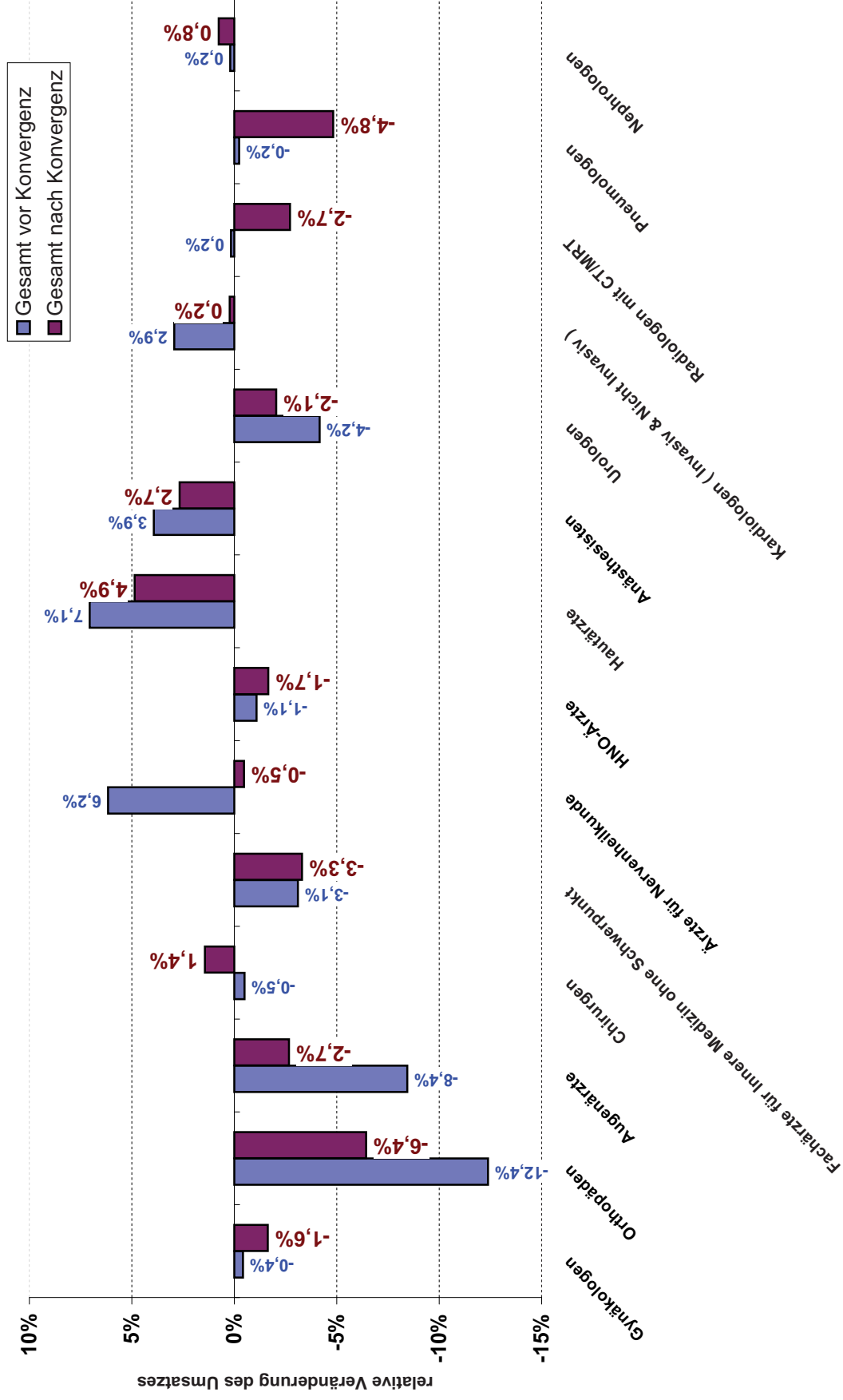
Hausärztlicher Versorgungsbereich



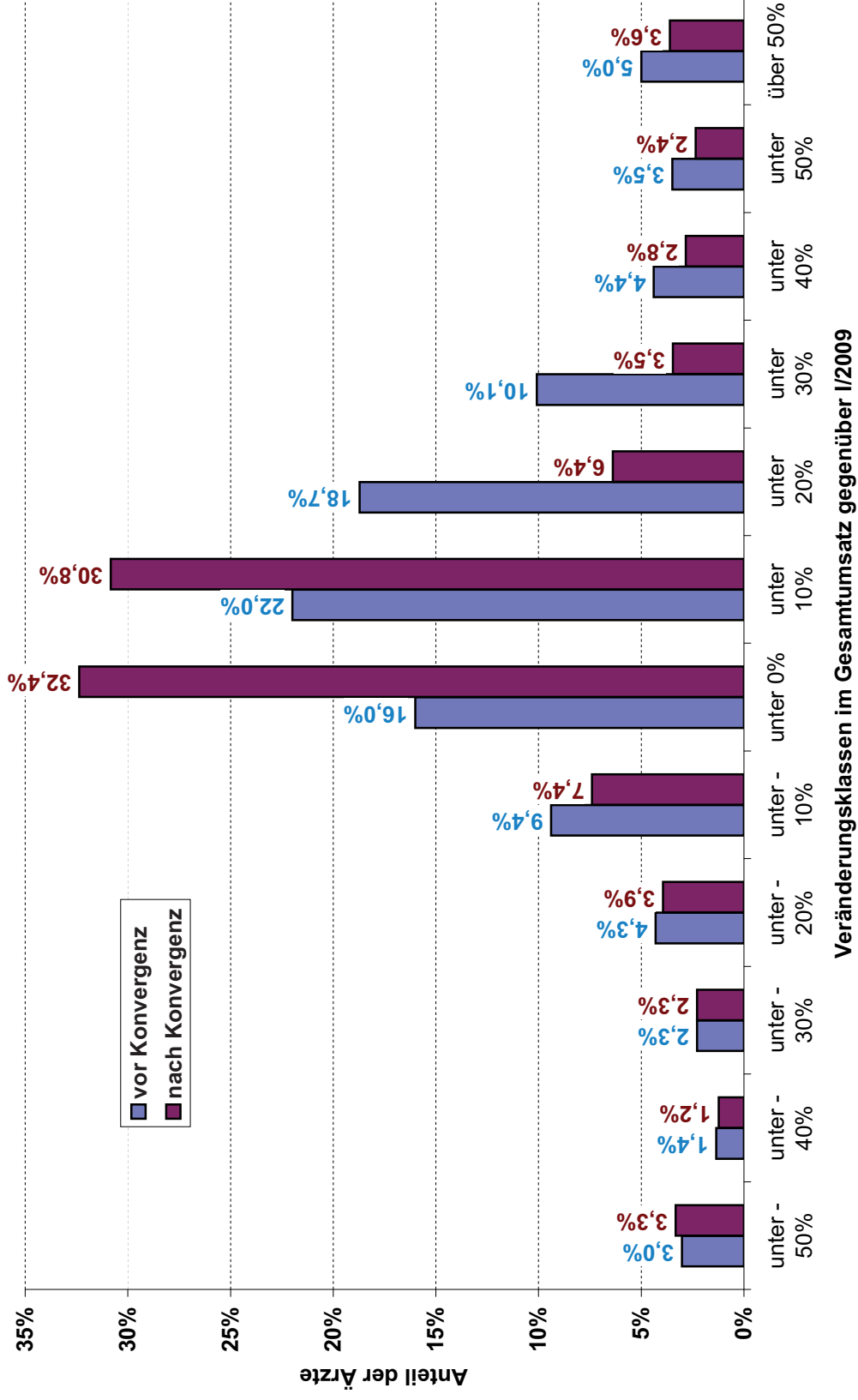
Fachärztlicher Versorgungsbereich, nur Gruppen mit mehr als 50 Ärzten



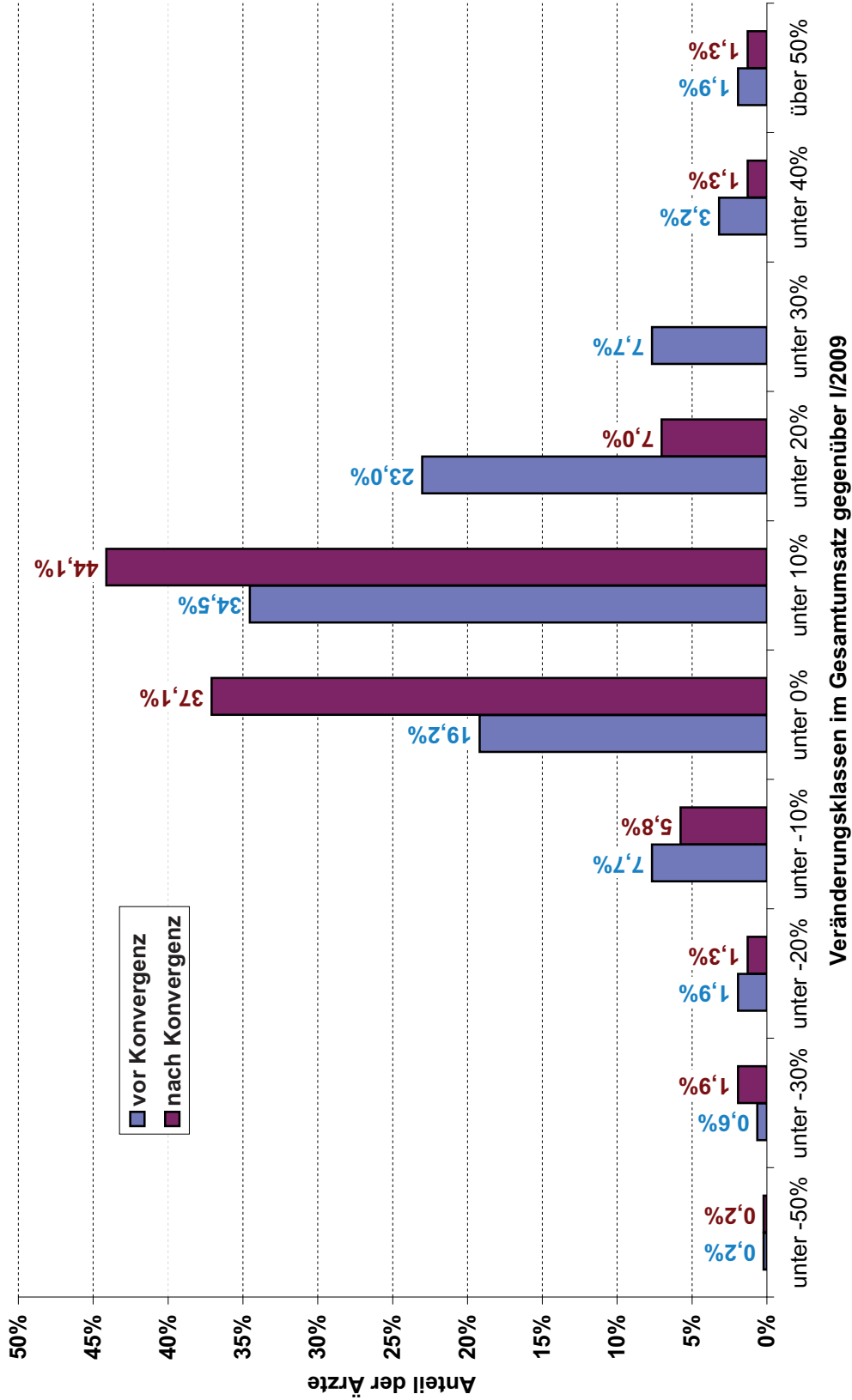
Fachärztlicher Versorgungsbereich, nur Gruppen mit mehr als 50 Ärzten



Bilanz vor und nach Konvergenz Arztgruppe : Hausärzte

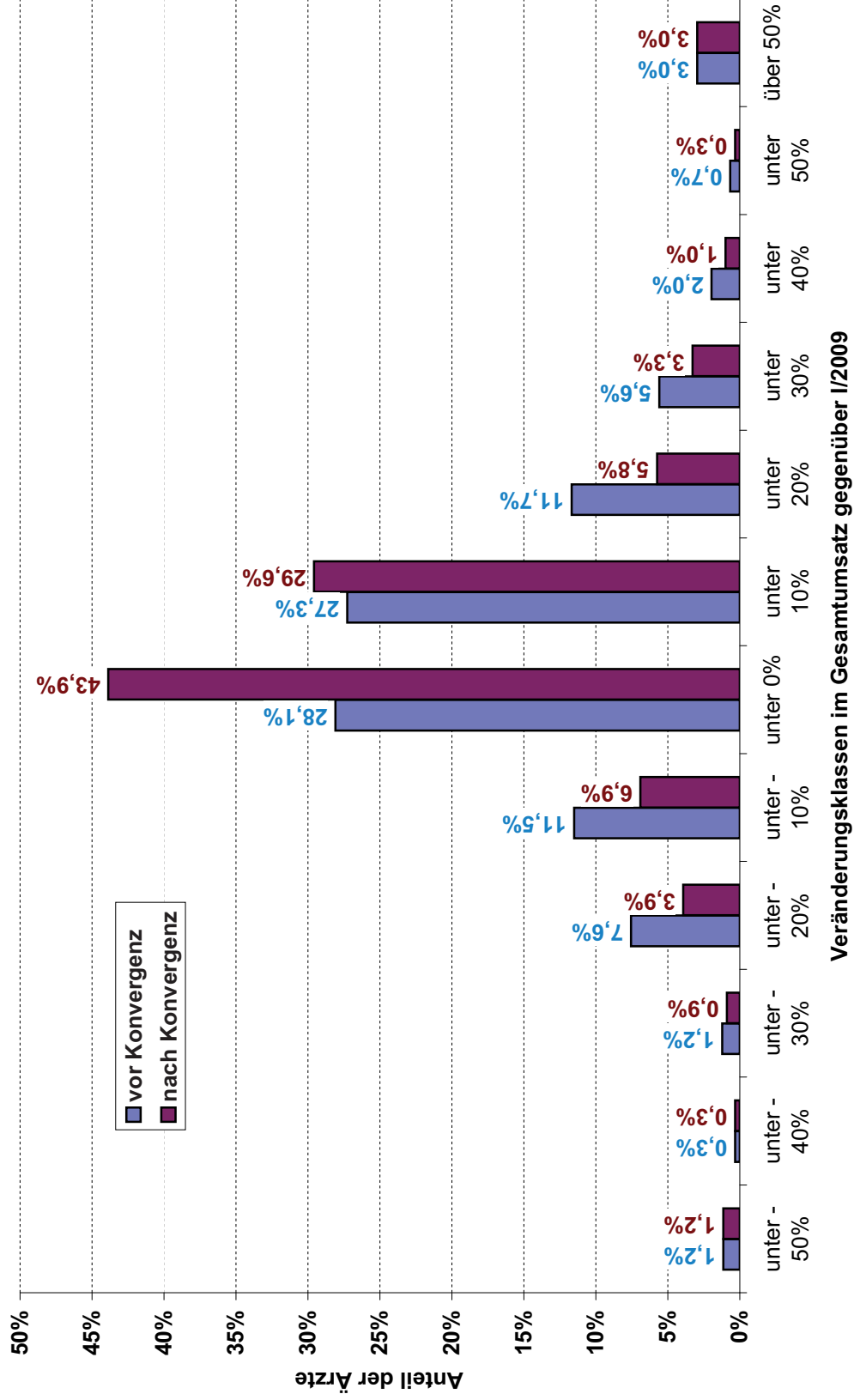


Bilanz vor und nach Konvergenz
Arztgruppe : Kinderärzte



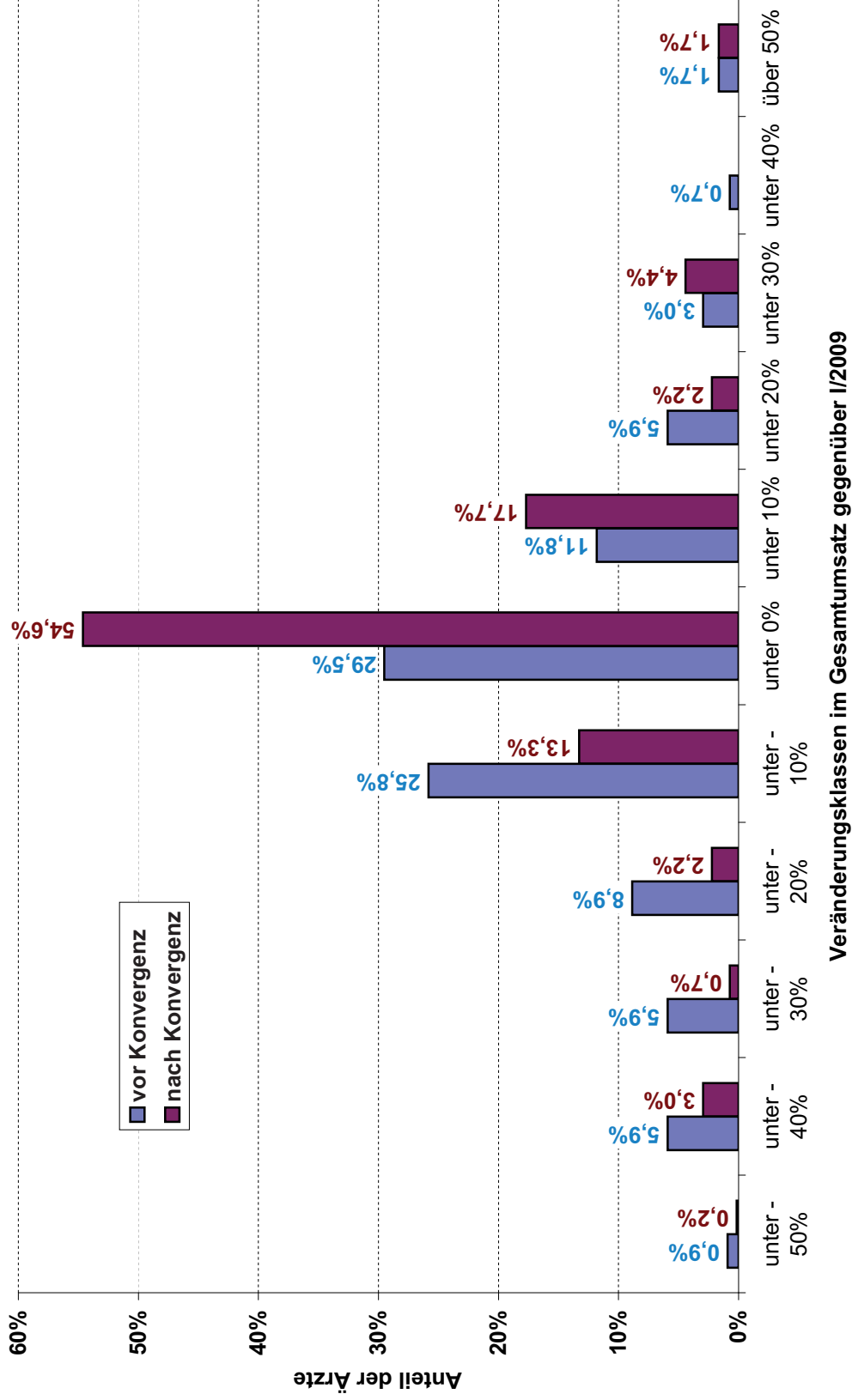
Umdruck 16/4572 Frage 3.)

Bilanz vor und nach Konvergenz Arztgruppe : Gynäkologen



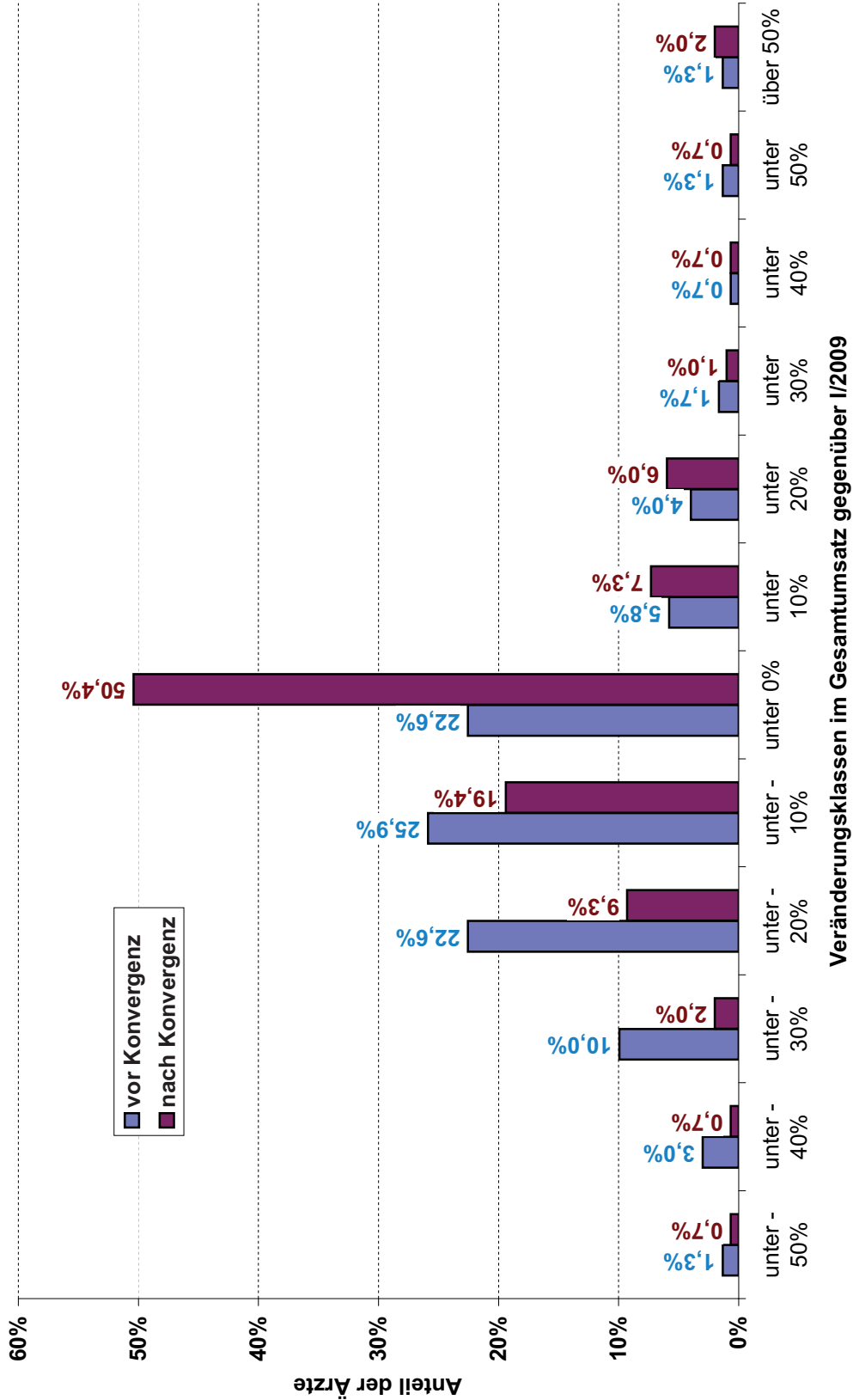
Umdruck 16/4572 Frage 3.)

Bilanz vor und nach Konvergenz Arztgruppe : Augenärzte

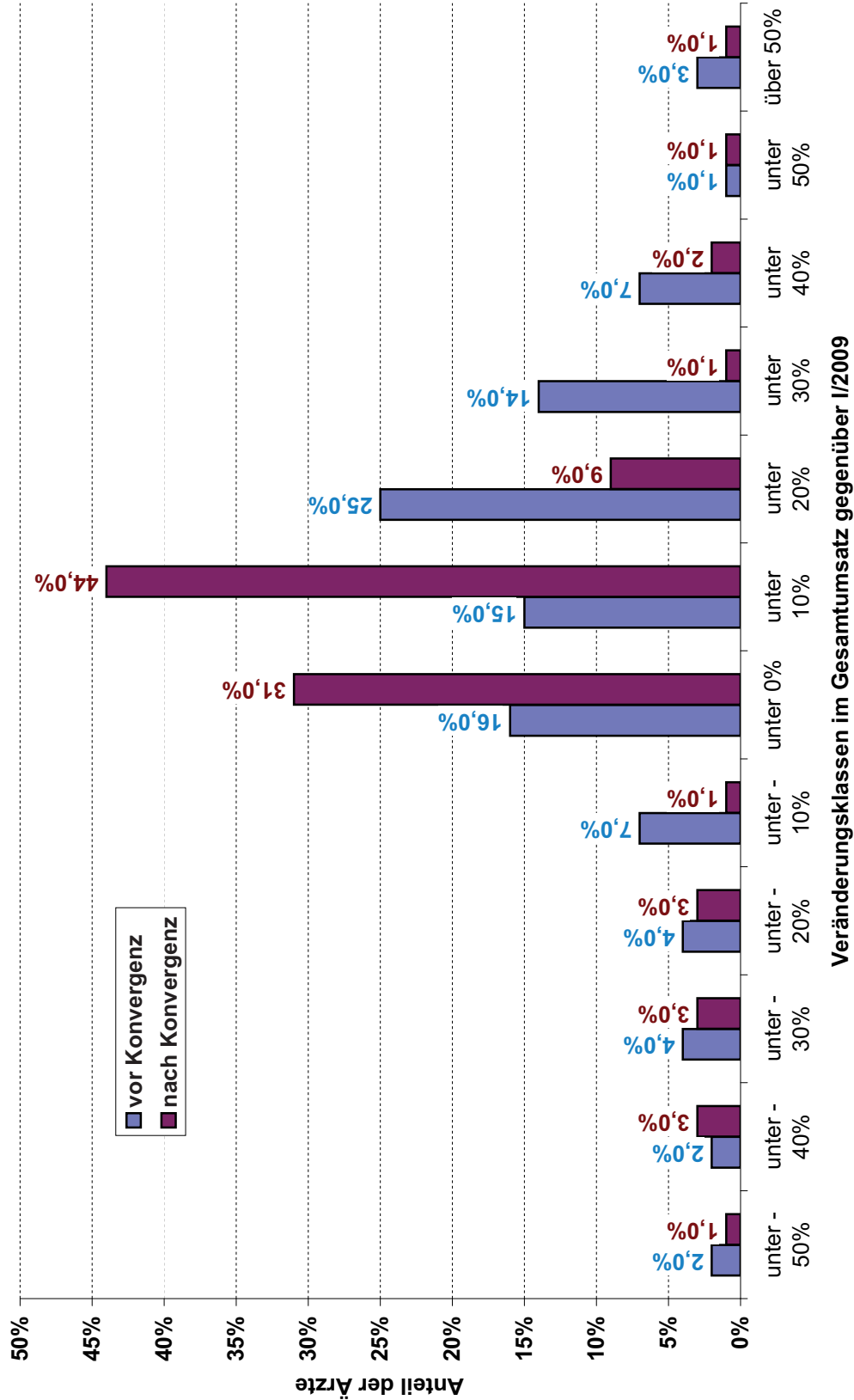


Umdruck 16/4572 Frage 3.)

Bilanz vor und nach Konvergenz Arztgruppe : Orthopäden



Bilanz vor und nach Konvergenz
Arztgruppe : Ärzte für Nervenheilkunde



Übersicht RLV 3/2009

RLV- Arztgruppe		RLV- Fallzahl	RLV- Fallwert
H01	Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	787,9	34,69 €
H02	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	932,7	32,22 €
H03	Hausärzte ohne Kinderärzte mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Onkologie, deren Fallwert 30% oberhalb des durchschnittlichen Arztgruppenfallwertes liegt	239,6	112,07 €
H04	Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Kinderkardiologie	740,7	58,66 €
H05	Überwiegend psychotherapeutisch tätige Hausärzte (mehr als 50% und weniger als 90% Anteil an psychotherapeutischen Leistungen)	139,9	65,17 €
F07	Fachärzte für Gefäßchirurgie, sofern der Fallwert 30% oberhalb des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe liegt	627,1	39,07 €
F10	Fachärzte für Anästhesiologie	166,5	11,32 €
F11	Fachärzte für Augenheilkunde	1.280,8	21,40 €
F12	Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie	700,9	25,62 €
F13	Fachärzte für Neurochirurgie, sofern der Fallwert 30% oberhalb des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe liegt	377,8	53,49 €
F14	Fachärzte für Frauenheilkunde	905,3	17,09 €
F16	Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	1.080,7	25,61 €
F17	Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	953,7	29,95 €
F18	Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	1.318,6	16,30 €
F19	Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	82,7	12,62 €
F20	Fachärzte für Nervenheilkunde	754,3	28,48 €
F21	Fachärzte für Orthopädie	1.012,9	27,67 €
F22	Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin	574,6	38,36 €
F23	Fachärzte für Urologie	861,8	23,65 €
F24	Fachärzte für Neurologie	664,0	38,98 €
F33	Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Endokrinologie	733,6	31,52 €
F35	Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Hämato-/Onkologie	447,2	47,20 €
F36	Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Nephrologie	125,9	53,47 €
F37	Fachärzte für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Pneumologie	942,7	43,37 €
F41	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie oder Angiologie mit und ohne invasive Tätigkeit	747,8	60,74 €
F44	Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, einschl. der Gastroenterologen und Rheumatologen	657,3	40,06 €
F50	Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	549,8	23,49 €
F51	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	754,4	61,66 €
F52	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	1.011,7	80,23 €
F53	Fachärzte für Nuklearmedizin	620,0	80,97 €
F55	Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung MRT	250,6	101,49 €
F59	Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Nervenheilkunde / Psychiatrie und Neurologie mit Psychiatrieanteil größer 65%	369,1	24,69 €
F66	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie mit Teilnahme an der Vereinbarung zur sozialpsychiatrischen Versorgung	231,2	48,93 €

F67	Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie ohne Teilnahme an der Vereinbarung zur sozialpsychiatrischen Versorgung	122,3	29,75 €
F69	Überwiegend psychoth. tätige Fachärzte, die keiner zeitbezogenen Kapazitätsgrenze unterliegen (mehr als 50% und weniger als 90% Anteil an psychoth. Leistungen)	90,0	48,38 €
F83	Fachärzte für Humangenetik	143,8	502,17 €

Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen in Minuten

Arztgruppe		Kapazitätsgrenze in Minuten
F63	Psychotherapeuten	29.996
F64	Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.504
F65	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.745
F68	andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	29.629

Anlage 8

Umdruck 16/4572

Frage 6.) 1.Teil

Art der Vergütung	Leistungsgruppe
ausserhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (extrabudgetär)	ambulante Onkologienachsorge (BKK-LV NORD, LKK, IKK-LV Nord, EK)
	Ambulantes OP- Zentrum Kronshagen
	Arztanfrage IKK
	belegärztliche Begleitleistungen außerhalb Kapitel 36 EBM
	Belegärztliche Leistungen Geburtshilfe
	Belegärztliche Leistungen Kapitel 36
	Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes
	Betreuungspauschalen
	Bettenbelegung Vereinbarung Dr. Brüning
	Diabetesvereinbarung LKK und Gartenbau
	Dialyse-Sachkosten extrabudgetär nach Schiedsamt
	Dialyse-Sachkosten Pseudopositionen
	DMP Asthma
	DMP Brustkrebs
	DMP COPD
	DMP Diabetes TYP I
	DMP KHK
	DMP-Diabetes TYP II
	Gestationsdiabetes Vereinbarung
	Hausarztzentrierte Pädiatrische Versorgung (GEK)
	Hausarztzentrierte Versorgung (BIG)
	Hausarztzentrierte Versorgung (GEK und IKK Hamburg)
	Hausarztzentrierte Versorgung (Knappschaft)
	Hautkrebsscreening
	Hautkrebsscreening Kosten
	Homöopathie Vertrag (BKK Mobil Oil)
	Intensivkur nur IKK
	Koloskopien 13421 bis 13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520
	Kosten - belegärztliche Begleitleistungen außerhalb Kapitel 36 EBM
	Kosten - Sprechstundenbedarf bei Krankenhausnotfällen
	Laborkosten - belegärztliche Begleitleistungen außerhalb Kapitel 36 EBM
	Leistungen der künstlichen Befruchtung
	Leistungen der künstlichen Befruchtung Kosten
	Leistungen des ambulanten Operierens aus Kapitel 31
	Mammographie-Screening Kernregion
	Mammographie-Screening Nord
	Mammographie-Screening Ost
	Mammographie-Screening Referenzpathologie
	Mammographie-Screening Sachkosten
	Mammographie-Screening Südwest
	Mutterschaftsvorsorge
	Onkologie Kostenpauschalen
	Onkologie Kostenpauschalen AOK
	operative Anästhesien nach §115b außerhalb Kap. 31
	operative Haupt-Leistungen nach §115b außerhalb Kap. 31
	Phototherapeutische Keratektomie
	Präventionsleistungen
	Präventionsleistungen Sozialministerium
	Praxisgebühr Kennungen & Kosten
	Quamadi Vereinbarung
	Schmerztherapie Sondervereinbarung
	Schreibgebühr
	Schutzimpfungen (Pflichtleistungen) KG AOK
	Schutzimpfungen (Pflichtleistungen) KG BKK
	Schutzimpfungen (Pflichtleistungen) KG EK
	Schutzimpfungen (Pflichtleistungen) KG IKK
	Schutzimpfungen (Pflichtleistungen) KG Knappschaft
	Schutzimpfungen (Pflichtleistungen) KG LKK
	Schutzimpfungen (Satzungsleistungen) der GEK, TK und BKK Dräger + Hanse
	Schutzimpfungen (Satzungsleistungen) der KKH
	Schutzimpfungen (Satzungsleistungen) der KKH Malariaphylaxe
	Sonderkosten
	Sozialpsychiatrie Kostenpauschalen
	Sprechstundenbedarf Krankenhäuser
	Strahlentherapie
	Strahlentherapie Sachkosten
	Strukturvertrag ambulant Operieren (Operationen & Anästhesien)
	Strukturvertrag ambulant Operieren (postoperative Überwachung)
	Strukturvertrag ambulant Operieren Kinder (Operationen & Anästhesien)
	Strukturvertrag ambulant Operieren Kinder (postoperative Überwachung)
	Strukturvertrag ambulant Operieren LKK (nicht SV)
	Strukturvertrag ambulant Operieren LKK (SV Operationen & Anästhesien)
	Strukturvertrag ambulant Operieren LKK (SV postoperative Überwachung)
	Strukturvertragsnachzahlung
	Substitutionsbehandlung
	Take-Home Vereinbarung/ Substitution
	Telefonkosten
	Vakuumstanzbiopsien
	Vakuumstanzbiopsien Sachkosten
	Wegegebühren - belegärztliche Begleitleistungen außerhalb Kapitel 36 EBM
	Wegegebühren - Pseudopositionen

Anlage 9

Umdruck 16/4572

Frage 6.) 2.Teil

Art der Vergütung	Leistungsgruppe
innerhalb der MGV aber außerhalb RLV (hausärztlicher Versorgungsbereich)	zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537) Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 - 01102) Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415) Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 03241 und 04241) Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 Leistungen und Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 Kostenpauschalen des Kapitels 40
innerhalb der MGV aber außerhalb RLV (fachärztlicher Versorgungsbereich)	zu erwartende Zahlungen für die Zusatzpauschalen von Transplantationsträgern (GOP 13437, 13438, 13439, 13677) Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 - 01102) Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415) Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531) Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7 Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiome (GOP 10230 bis 10324) Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225) [zzgl. GOP 12220 nur in Spalte 3] Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (GOP 13253 und 27323) Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331) ESWL (GOP 26330) Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte Akupunktur des Abschnitts 30.7.3 Polysomnographie (GOP 30391) Leistungen und Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32 MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7 Kostenpauschalen des Kapitels 40