

## Mitgegangen, mitgefangen, Pleite gegangen?



Foto: Bilderbox, A-Thening

Die niedergelassenen Ärzte stecken in einem Dilemma: Die Gesamtvergütung einiger KVen ist rückläufig. Vertragsärzte haben nur einen Anspruch auf eine gerechte Verteilung der Gesamtvergütung, nicht aber auf eine adäquate Honorierung ihrer Leistungen. Von einer „freien“ beruflichen Tätigkeit kann längst keine Rede mehr sein.

**E**ine der wichtigsten Funktionen der KVen sind die Verhandlungen mit den Kostenträgern, entsprechende Vertragsabschlüsse und schließlich die Verteilung der Gesamtvergütung. Diese Gesamtvergütung ergibt sich aus den Kopfpauschalen, die von den Krankenkassen pro Versicherten an die KVen gezahlt werden – unabhängig davon, ob der Versicherte Leistungen in Anspruch genommen hat oder nicht. Die Kopfpauschalen differieren von Kasse zu Kasse erheblich und sind willkürlich! Im Gegensatz dazu gibt es jedoch keine wesentlichen Unterschiede im Leistungsumfang, zu dem die Vertragsärzte für die Versicherten der unterschiedlichen Krankenkassen verpflichtet wären. Die KVen müssen diese Kopfpauschalen akzeptieren. Der „Wettbewerb“ der

Krankenkassen vollzieht sich hauptsächlich nur auf der Beitragsebene für die Versicherten und der Vergütungsebene der Vertragsärzte.

### Wirtschaftliche Praxisführung ist unmöglich

Aus dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) und dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ergibt sich ein fachgruppenbezogenes und floatendes System mit unterschiedlichen Punktwerten für jedes Quartal, da sowohl die Menge der erbrachten Leistungen als auch die Gesamtvergütung von Quartal zu Quartal variiert. Den Wert der erbrachten Leistungen erfahren die Kolleginnen und Kollegen erst nach sechs Monaten. Sie haben somit keine Möglichkeit einer zeitnahen oder zukunftsorientierten (auch nicht nach „Ge-

schäftsfeldern“ ausgerichteten) Praxisführung oder Kalkulation. Ob sie regresspflichtig oder akut illiquide geworden sind, können sie ebenfalls erst nach einem halben Jahr oder später feststellen. Die so genannten „freien“ Ärzte können noch nicht einmal einen betriebswirtschaftlich fundierten Einzelpreis ihrer verantwortungsvollen Leistungen formulieren oder gar fordern.

### Kein Vergütungsanspruch

In der aktuellen Rechtsprechung wird die Ansicht vertreten, dass Vertragsärzte keinen Anspruch auf eine angemessene Vergütung hätten! Ihr Anspruch bestehe lediglich darin, dass die Gesamtvergütung gerecht verteilt wird. Ist die Gesamtvergütung nicht ausreichend, bestehen keine weitergehende Ansprüche der Ärzteschaft. Diese Ansicht wird mit der Grundforderung der Beitragssatzstabilität begründet – und damit, dass der gesetzlichen Krankenversicherung nur eine begrenzte Geldmenge zur Verfügung steht. Wer mehr Geld benötigt, ausgibt oder verlangt, setzt sich quasi über die Prinzipien der Gesamtvergütung und damit über das Rechtsgut der deutschen Bürgerinnen und Bürger hinweg. Dieses Rechtsgut steht unter Schutz: Selbst logische Argumentationen zum betriebswirtschaftlichen Desaster der Ärzteschaft hätten kaum Aussicht auf Erfolg. Die wirtschaftlichen Interessen der Vertragsärzte haben zurückzustehen. Dabei stellt sich die Frage nach den Ursachen der „Mehrausgaben“: Erbringen Ärzte zu viele Leistungen (Hamsterradeffekt) oder besteht das „Dilemma“ für unser Gesundheitssystem etwa darin, dass zu viele Menschen unkalkulierbar krank werden oder aus anderen Gründen wie aus Angst vor einer Erkrankung oder bei einem unvorhergesehenen Ereignis, etwa nach einem Unfall, Ärzte konsultieren?

FORTSETZUNG S. 17 —

### Absturz in den KVen Hamburg und Bremen

In den Quartalen II und III des letzten Jahres kam es zu Abstürzen der Kassenarzteinkommen insbesondere in den KV-Bereichen Bremen und Hamburg von bis zu 20% pro Quartal. Sehr betroffen waren Fachärzte und davon vor allem Orthopäden und Chirurgen mit Einbußen von bis zu 40% innerhalb eines halben Jahres – bei gleicher Arbeitsleistung. Die Krankenversicherungen hatten die Ausschüttung in die Gesamtvergütung gesenkt, da sie ein massives Einnahmenproblem haben; sie zahlten weniger aus, verzögerten ihre Auszahlung, zahlten gar nicht aus oder erst nach Androhung von rechtlichen Mitteln.

Erneut hatten zirka 3% der Versicherten von den Ersatzkassen zu Kassen mit günstigeren Beiträgen gewechselt. Daraus resultieren erheblich niedrigere Kopfpauschalen pro gewechselten Versicherten für die Gesamtvergütung, da die Pauschalen der „günstigeren“ Kassen niedriger sind.

Gerade an diesem Umstand wird deutlich, dass der Wettbewerb der Krankenkassen von den Ärztinnen und Ärzten finanziert wird. Denn aufgrund des vertraglichen „Regelwerkes“ ändert sich die Leistungserbringung konkret im Praxisalltag nicht und die Ärzteschaft, die verpflichtet ist, so wie vorher weiter zu arbeiten, erhält weniger Geld für die gleiche Leistung und Leistungsmenge.

### Problem Wohnortprinzip

Das dritte Quartal war auch das erste Quartal, dessen Vergütungsberechnung vollständig nach dem „Wohnortprinzip“ erfolgte. Dies hatte zur Folge, dass viele Kopfpauschalen an die im Umland von Hamburg und Bremen liegenden KVen gezahlt wurden, die Patienten sich aber in die Behandlung von Ärzten in Bremen oder Hamburg begaben. Entsprechend niedriger fiel die Gesamtvergütung in Hamburg und Bremen aus.

Die Folgen für die niedergelassene Ärzteschaft in Bremen und Hamburg waren generell verheerend: Die Auszahlung der KVen an die Kassenärzte fiel so gering aus, dass von einem Gewinn als

Resultat der Arbeit der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen aktuell nicht mehr die Rede sein kann. Es drohen nun die ersten „Pleiten“, obwohl die Betroffenen sich selbst nichts vorzuwerfen haben. Sie sind Opfer des „Regelwerkes“ in unserem Gesundheitssystem.

### Der Ast, auf dem man sitzt

Zum Schluss noch ein Paradoxon: Da die Einnahmen der niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sinken, werden die betroffenen KVen die Kosten ihres Verwaltungsaufwandes mit den prozentualen Abgaben ihrer Mitglieder nicht mehr decken können. Damit also das Personal der KVen entlohnt werden kann, drohen den Vertragsärzten weitere Abzüge – wieder einmal begründet aus dem System an sich. Das System sägt den Ast, auf dem die KV sitzt, selbst ab!

In letzter Zeit sind im Zusammenhang mit der Misere des deutschen Ge-

sundheitswesens die Begriffe „Direktverträge“ und „Einkaufsmodelle“ zu Schlagworten geworden. Eine sarkastische Frage: Sind die Kassenärzte nicht schon jetzt von den Kassen eingekauft? Die KVen als Puffer zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenkassen laufen Gefahr, durch das bestehende System ad absurdum geführt zu werden.

Zahlreiche neue Versorgungsformen sind schon vorhanden und zum Teil seit Jahren gesetzlich verankert (siehe auch HNO-NACHRICHTEN 1/2003, S. 13). Die Ärzte sind nun mehr denn je zu eigenem unternehmerischen Umdenken gezwungen und sollten nach Alternativen zur bisher üblichen Vertragsform suchen. In weiteren Folgen werden Beiträge zu diesem Thema folgen.

---

**Dr. med. Wolfgang Meissner**  
Ärztliches Praxis-, Praxisnetz-  
und Projektmanagement

Anzeige