

KV-Chef Thamer:

Hartz IV kostet Ärzte in Westfalen-Lippe 25 Millionen Euro

Rund 60.000 Menschen müssen die Vertragsärzte in Westfalen-Lippe nach Angaben der KV künftig umsonst behandeln. Grund dafür seien die Auswirkungen der Hartz IV-Gesetzgebung: "Viele Betroffene sind aus der Arbeitslosenversicherung herausgefallen und deshalb nicht mehr selbst bei einer gesetzlichen Krankenkasse als Mitglied versichert. Ihren Krankenversicherungsschutz erhält ein großer Teil dann über die kostenfreie Mitversicherung als Familienangehöriger", berichtet die KV. Zur Abgeltung der Arzthonorare zahlen die Krankenkassen aber ausschließlich für ihre selbst versicherten Mitglieder eine Pauschale an die Kassenärztliche Vereinigung, die Zahl der Familienmitglieder bleibe unberücksichtigt.

Durch diesen von Hartz IV verursachten Statuswechsel der 60.000 betroffenen Menschen in Westfalen-Lippe gehen den niedergelassenen Ärzten jährlich rund 25 Millionen Euro Honorar verloren", beklagt Dr. Ulrich Thamer, Vorsitzender der KV, die Nebenwirkung des Gesetzes. "Die Betroffenen sind ja nach wie vor versichert und bekommen in jeder Praxis ihre notwendigen Leistungen. Wir Ärzte aber erhalten für unsere gleich geliebene Arbeit deutlich weniger Honorar." Letztlich würden auf diesem Weg die 12.500 freiberuflich tätigen Ärzte und Psychotherapeuten in Westfalen-Lippe – wie natürlich auch die Kollegen in anderen Regionen – die staatliche Arbeitslosenversicherung mit erheblichen Summen subventionieren.

Nach der Salami-Taktik, erklärt Thamer weiter, würden die finanziellen Ressourcen für die ambulante ärztliche Versorgung immer weiter verringert. Von dem seit Jahren stagnierendem Gesamthonorar zweige der Gesetzgeber immer wieder große Summen ab: Mit Millionenbeträgen müssten zum Beispiel die westdeutschen Kassenärztlichen Vereinigungen die Versorgung in den neuen Bundesländern subventionieren, ebenfalls zweistellige Millionenbeträge würden als Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung zurückgehalten, jetzt kämen noch einmal Millionen für die Entlastung der Bundesagentur für Arbeit hinzu.

Angesichts der neu zu strukturierenden sozialen Sicherung und Umverteilung in unserem Staat wird viel über Gerechtigkeitslücken diskutiert", stellt KV-Chef fest. "Was hier mit dem erarbeiteten und verdienten Geld der Kolleginnen und Kollegen geschieht, ist in meinen Augen keinesfalls gerecht, sondern staatliches Raubrittertum."

Thamer befürchtet nach eigenen Angaben ein Ausbluten der ambulanten ärztlichen Versorgung: "Wer will sich denn unter solchen Umständen noch als Arzt oder Psychotherapeut mit allen wirtschaftlichen Risiken niederlassen, wenn ihm jederzeit derart ungehemmt in die Kasse gegriffen werden kann? Die Relation von erbrachter Leistung und dem dafür gezahlten Honorar stimmt einfach nicht mehr."

05.07.2005 09:46 / js © Facharzt.de Publishing Services GmbH

Die Arzthonorare werden drastisch fallen - ein Ende ist nicht in Sicht !

Während sich Ärzte immer noch über unzureichende Honorare beklagen, aber entweder nicht in der Lage oder nicht gewillt sind, daran etwas zu ändern, rollt bereits das nächste Unheil auf sie zu. Kassenmitglieder wechseln in großem Umfange zu Kassen mit niedrigen Beitragssätzen.*) Die Versicherten wird es freuen. Und die Ärzte? Eine Kasse mit niedrigen Beitragssätzen zahlt auch niedrigere Kopfpauschalen. Da die Höhe der Kopfpauschale direkten Einfluss auf die Höhe des Arzthonorars hat, sollten sich die Ärzte warm anziehen.

*) Der Effekt wird zusätzlich noch durch Hartz IV verstärkt. Empfänger von Arbeitslosengeld zahlen jetzt nicht mehr selbst Beiträge in die GKV ein sondern sind beitragsfrei familienversichert.

Die aus einer Veröffentlichung <http://www.uni-protokolle.de/nachrichten/id/102625> / des Rheinisch-Westfälischen Instituts für Wirtschaftsforschung (RWI) zu ziehenden Schlussfolgerungen sind eindeutig. Auch wenn sich kurzfristig die Mitgliederzahlen nach einer Beitragssatzanhebung nur in geringem Ausmaße ändern, auf längere Sicht wird eine Kasse mit höheren Beitragssätzen unter erheblichem Mitgliederschwund leiden. **Die Versicherten verhalten sich marktkonform, wenn auch mit einer gewissen Reaktionszeit.**

Sobald die Versicherten zu Kassen mit niedrigeren Beitragssätzen wechseln, ändert sich auch das Honorar der Ärzte. Da jede Kasse eine individuelle Kopfpauschale pro Mitglied an die Kassenärztliche Vereinigung zahlt, geht mit jedem Kassenwechsel auch eine Veränderung der Kopfpauschale einher. Typischerweise wird eine Kasse mit niedrigeren Beitragssätzen auch niedrigere Kopfpauschalen zahlen. Die Schwankungsbreite bei der Kopfpauschale ist enorm, sie reicht im Bereich der Betriebs- und Ersatzkrankenkassen von knapp einem Prozent. **Während die Preise überall in Höhe der Inflationsrate nominal steigen, fallen die Einnahmen der Ärzte entgegen dem Trend.**

Um den Effekt deutlich zu machen, illustriere ich dies im folgenden an einem Extremwertzenario.

Angenommen, bisher wären alle Kassenmitglieder bei der Deutschen Angestellten Krankenkasse versichert gewesen und würden alle auf einen Schlag in die BKK Thüringer Energieversorgung wechseln. Was würde passieren?

1. Die Kassenmitglieder würden einen anderen Beitragssatz in die GKV einzahlen.
2. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhielten von jetzt auf gleich weniger als die Hälfte des Honorars gegenüber dem letzten Quartal.
3. Das ambulante Gesundheitswesen würde sofort kollabieren.

Natürlich sind vorher nicht alle Arbeitnehmer bei der BKK und wechseln alle in die DAK. Insofern ist die theoretische Überlegung in der Dimension zwar realitätsfern, trotzdem ist der Effekt überaus real. Solche Effekte traten bereits in deutlich spürbaren Dimensionen auf. So reduzierte sich das von den Kassen an die KV gezahlte Gesamthonorar beispielsweise in Sachsen <http://www.facharzt.de/a/a/36372/> um bis zu acht Millionen Euro. Acht Millionen Euro, das bedeutet für die Ärzte einen nominalen Honorarrückgang von knapp einem Prozent. **Während die Preise überall in Höhe der Inflationsrate nominal steigen, fallen die Einnahmen der Ärzte entgegen dem Trend.**

Die Studie des RWI prognostiziert zudem, dass dieser Effekt längerfristig zunehmen wird. Es dauert zwar eine ganze Zeit bis die Kassenmitglieder mit dem Wechsel anfangen, aber letztlich werden sie sich anreizkompatibel verhalten. Je marktkonformer sich die Kassenmitglieder dabei verhalten, desto gravierender werden die Honorarverluste für die Ärzte werden.

Kassen mit höheren Beitragssätzen können sich aus Sicht ihrer Mitglieder nur dann positiv vom Wettbewerb abheben, und so die höheren Beitragssätze rechtfertigen, wenn sie einen entsprechenden Mehrwert bieten können. Da rund 95% aller Leistungen bei allen gesetzlichen Kassen identisch sind, fällt es den Kassen schwer einen Mehrwert zu generieren, der den höheren Beitragssatz rechtfertigt. Geht das Vorhaben schief, verlieren die Kassen sehr viele Mitglieder – mit Rückwirkungen auf das Honorar der Ärzte.

Da besonders große Kassen, beispielsweise AOK oder Barmer Ersatzkasse, sowohl hohe Beitragssätze erheben als auch hohe Kopfpauschalen zahlen, sind erhebliche Verschiebungen zu erwarten. Dem versuchen die Kassen mit einer mehrgleisigen Strategie entgegen zu halten. Die Attraktivität gegenüber den Mitgliedern versucht man mit Bonusprogrammen, Verträgen der integrierten Versorgung oder sonstigen Maßnahmen der Kundenbindung zu erhöhen.

Die zweite Schiene geht in Richtung Disease Management Programme. Je mehr Patienten eine Kasse in die DMP einschreiben kann, um so mehr Geld kann sie sich aus dem Risikostrukturausgleich der Kassen (RSA) holen. Gelingt dies, so können auf dem Wege die Beitragssätze gesenkt werden. Eine letzte Möglichkeit besteht in der Einführung des sogenannten „Morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleiches“, dem sogenannten Morbi-RSA.

Für diesen Morbi-RSA hat sich auch der KBV-Chef Dr. Köhler in der Vergangenheit <http://www.facharzt.de/a/a/35181/> stark gemacht, ohne allerdings eine plausible Begründung dafür zu geben, warum sich der KBV-Chef um die internen Angelegenheiten der Kassen kümmert. Wären dem KBV-Chef die jetzt vom RWI vorgestellten Effekte bereits vor zwei Monaten bekannt gewesen, dann wäre dies allerdings eine plausible Begründung für sein Engagement von Anfang Mai im Sinne von AOK und Barmer. Er hätte immerhin versucht, den Mitgliederwechsel von Kassen mit höheren Kopfpauschalen hin zu niedrigeren Kopfpauschalen zu verhindern. Aber wäre das wirklich im Interesse der Ärzte?

Die Ärzte sind von einem durch Mitgliederwechsel induzierten Rückgang der durchschnittlichen Kopfpauschale in vollem Umfange betroffen. Würde der Effekt im Extremfalle zu einem zusätzlichen Honorarrückgang von 15 Prozent führen, die ambulante Versorgung würde zusammenbrechen. Hätte die Intervention des KBV-Chefs und der Kassen Erfolg und könnten die Kassen zusätzlich einem Teil der Mitglieder den neu geschaffenen Service als Mehrwert verkaufen, so käme es noch zu einem Rückgang von vielleicht 5 Prozent. Anstatt 15 Prozent Verlust nur 5 Prozent Verlust – und das soll nicht im Interesse der Ärzte sein? Warum nicht?

Ginge das Gesamthonorar der Ärzte auf einen Schlag um 15 Prozent zurück, so würden dies sehr viele Arztpraxen nicht überstehen und müssten schließen. Das würde unmittelbar zu einer deutlichen Verschlechterung der ambulanten Versorgung in ganz Deutschland führen. In den Teilen Deutschlands, wo derzeit schon Ärztemangel herrscht, würde sich die Situation so dramatisch verschärfen, dass Krisenintervention seitens der Politik gefordert wäre. Für die Ärzteschaft ein Erfolg, denn so käme endlich das Problem der völlig unzureichenden Honorierung auf die Tagesordnung.

Würde dagegen das Gesamthonorar „nur“ um 5 Prozent fallen, so würden zwar auch viele Praxen pleite gehen – aber eben deutlich weniger als bei einer Honorarkürzung von 15 Prozent. Der Druck auf die Politik (und die Kassen) zu handeln stiege zwar an, aber eben nicht so stark wie bei einer deutlich höheren Honorarkürzung. Zudem haben sich die Ärzte an schleichende Honorarverluste schon seit vielen Jahren gewohnt. Wer davon betroffen ist und insolvent wird, der verschwindet heimlich, still und leise aus dem Markt.

Bei 15 Prozent Honorarverlust

- * wären sehr viele Ärzte, Größenordnung 30 Prozent, von Insolvenz bedroht;
- * wären alle betroffenen Ärzte gleichzeitig und auf einen Schlag davon betroffen;
- * würde das Widerstandspotential der Ärzteschaft sprunghaft steigen und
- * eine kollektive Zulassungsrückgabe rückte in den Bereich des Möglichen.

Viele Ärzte erhalten seit Jahren für ihre Arbeit alles andere als ein angemessenes Honorar. Insolvenzen, Praxisschließungen, unverkäufliche Arztstühle, Ärztemangel – all das sind Anzeichen für die unzureichende Honorierung ärztlicher Arbeit. Trotzdem haben es die Funktionäre der Ärzte nicht geschafft, auf diesen Zustand so deutlich hinzuweisen, dass sich etwas daran ändert. **Die Ärtzefunktionäre waren in der Vergangenheit nicht dazu in der Lage, die Interessen der Ärzte zu vertreten. Man muss kein Prophet sein, um die Performance der Ärtzefunktionäre auch für die Zukunft fortzuschreiben. Von der Seite wird sich also nichts tun.**

Daher wäre es für die Ärzteschaft eine gute Maßnahme, wenn möglichst viele Kassenmitglieder möglichst schnell zu Kassen mit niedrigen Beitragssätzen wechselten. Sobald dieser Effekt in größerem Umfange eintreten würde, bräche automatisch das im Sozialgesetzbuch V definierte System der GKV zusammen. Die KVen könnten mangels Honorars die flächendeckende Versorgung der Bevölkerung nicht mehr sicherstellen, viele Ärzte gingen in die Pleite.

Gut wäre es nur aus einem einzigen Grund:

Das Thema „angemessene Honorierung“ ärztlicher Leistungen müsste grundlegend angepackt werden. Am Ende eines solchen Prozesses, den man auch nicht auf die lange Bank schieben könnte, schließlich ist ein Teil der Bevölkerung medizinisch unterversorgt, würde vermutlich eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen stehen können.

[Die Verwendung des Wortes "können" berücksichtigt sämtliche Imponderabilien, die durch die Ärtzefunktionäre herbeigeführt werden können. Wären die Ärzte durch kompetente Manager vertreten, würde ich diese Einschränkung streichen.]

In dem Augenblick, in dem ärztliche Leistungen angemessen honoriert werden würden, entfielen für die Praxen das Problem der unzureichenden Honorierung. Der bereits beschrittene Weg in die Insolvenz könnte abgebrochen werden, die Ärzte könnten ihre Arbeit zur Versorgung der Bevölkerung wieder aufnehmen.

Letztendlich würde eine schlagartige und drastische Verschlechterung der ärztlichen Honorare vermutlich zu weniger Praxisinsolvenzen führen als eine schleichende und allmähliche Honorarkürzung. Ein Arzt, der langsam in die Insolvenz hinübergleitet, wird auf dem Wege dahin alle Reserven mobilisieren, um den Untergang so lange wie möglich hinauszuzögern. Der steht am Ende ohne jegliche Reserven da, wirtschaftlicher Totalschaden.

Erfolgte die Honorarkürzung dagegen auf einen Schlag um 15 Prozent, so entfielen die Hoffen- und Konkurs hinauszögerungsphase. Die Praxis würde geschlossen, Reserven blieben unangetastet. Für die Ärzte auf jeden Fall die bessere Lösung.

Auf die Geschwindigkeit, mit der sich Kassenmitglieder entscheiden, haben die Ärzte keinen Einfluss. Die Grundtendenz bleibt jedoch immer gleich. Das bisher schon vorhandene Problem der völlig unzureichenden Honorierung wird sich weiter verschärfen. Da sowohl ein schleichender als auch ein sprunghafter Honorarverfall durch die Ärzte selbst nicht verhindert werden können, wären jetzt die Ärtzefunktionäre gefragt.

Können sich die Ärtzvertreter selbst in Kenntnis der sicher eintretenden Situation zu keinen wirkungsvollen Maßnahmen entschließen, wird es nur eine Frage der Zeit sein, bis sich der schnell aufbauende Druck in der Ärzteschaft Luft verschafft. Greift die Politik rechtzeitig ein, wird es zu einem kontrollierten Druckabbau kommen können. Falls nicht, werden die Marktkräfte überschießen müssen, um in ein neues Gleichgewicht zu kommen.

"Überschießende" Marktreaktionen ist die ökonomisch korrekte Beschreibung für das, was sich auf dem Markt "ambulante Gesundheitsversorgung" ereignen wird. Sicher ist bei solchen Verläufen nur eines: Man wird am Ende nicht wieder am Ausgangspunkt landen. Denn zu einem "Überschießen" kann es nur kommen, wenn der Markt im Ausgangszustand das natürliche Marktgleichgewicht weit verfehlt hatte.

Genau das ist in der ambulanten Gesundheitsversorgung seit längerer Zeit der Fall.

Ob es am Ende des Marktprozesses höhere oder niedrigere Honorare für ambulante Leistungen gezahlt werden, ob es mehr oder weniger Ärzte geben wird, ob die Ausgaben für die ambulante Versorgung steigen oder fallen - solche und ähnliche Fragen kann derzeit niemand seriös abschließend beantworten.

Franz-Josef Müller