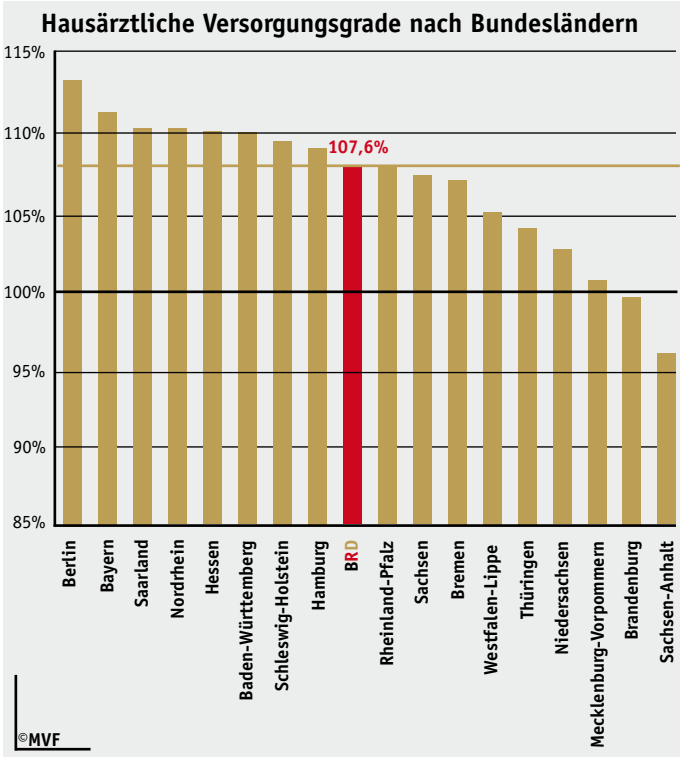
Warum die Honorarreform zu einem Versorgungsproblem wird

Richtige Anreize für gute Qualität

Als der Spitzenverband Bund im August 2008 die Nachricht „Einmalige Rekordsteigerung beim Honorar für Ärzte“ verkündete, wurde für Deutschlands niedergelassene Ärzteschaft die Welt wieder ein wenig in Ordnung gebracht. Aber weit gefehlt: Die Milliarden „verschwanden“ im Zuge der zum Januar dieses Jahres scharf geschalteten Honorarreform, die sich hinter dem „Einheitlichen Bewertungsmaßstab“ (EBM) 2009 verbirgt. Wobei „verschwinden“ nun gewiss nicht richtig ist: Das versprochene Sonderbudget wurde im Prinzip nur anders allokiert als vorher, weshalb Dr. Markus Söder auch gleich ein angemessenes Honorar für bayerische Ärzte einforderte. „Das Plus bei der Vergütung muss bei den Ärzten in Bayern auch ankommen“, forderte der bayerische Staatsminister für Umwelt und Gesundheit, denn „gute Leistung verdient gerechten Lohn“. Genau darum geht es im Grunde: Führt die Honorarreform - wie geplant - wirklich zu einer besseren Gesundheitsversorgung?



Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet, dass die Zahl der Hausärzte dem planerischem Soll entspricht, der bundeseinheitlich durch den G-BA festgelegt wird. Bei einem Versorgungsgrad unter 75 % spricht man bei Hausärzten von einer Versorgungslücke, während dagegen ab 110 % der Planungsbereich wegen deutlicher Überversorgung zu sperren ist, was in einigen Bundesländern der Fall ist. Quelle: WIDO 2007 für das Jahr 2006

>> Dass die Honorarreform massiven Widerhall in den Medien fand, ist das eine: „Ärzte fordern versprochene drei Milliarden Euro“ (faz.net, März 2009), „Protestmarsch zur AOK-Zentrale - Ärzte demonstrieren gegen Honorar-Reform (Rheinische Post, April 2009) oder „Honorar-Chaos löst Aufruhr unter den Ärzten aus“ (WeltOnline, März 2009). Das andere ist jedoch das vielleicht wichtigere: Über die öffentliche, von ökonomischen Interessen getriebene Diskussion um Mehrbudget und Honorarreform ändert sich das von der Öffentlichkeit erlebte Rollenverständnis und das Image des Arztberufs. Das wiederum hat ernste Konsequenzen für das Arzt-Patienten-Verhältnis, als auch für den einzelnen Arzt an sich. Aber auch für dessen Schlüsselposition in der Gesundheitsversorgung, den Arztnachwuchs und ebenso für die allgemeine Gesundheitsversorgung - die Public Health - in Deutschland, die vor einem dramatischen Wandel steht. Wie es scheint nicht zum besseren.

Nun ist es gewiss nicht so, dass die Honorarprobleme der ambulanten Gesundheitsversorgung etwas Neues wären. Im Prinzip kämpfen deutsche Ärzte seit der Gründung der ersten gesetzlichen Krankenversicherung vor inzwischen weit mehr als 125 Jahren um mehr Geld. Alleine die Härte der Auseinandersetzung hat zugenommen, doch unzufriedene und auch streikende Ärzte gab es seit jeher. Und fast ebenso lange ihre - ursprünglich aus rein ökonomischen Motiven entstandenen Lobbyvertretungen wie den Marburger Bund oder den heutigen Hausärzteverband.

Doch durch die Auswirkungen der letzten Gesundheitsreformen, vor allem durch jene der aktuellen Honorarreform, sehen viele Ärzte ihren Versorgungsauftrag gefährdet. Dabei haben sich Ärzte in den letzten Jahren an einiges gewöhnt:

- Sie mussten häufig Leistungen einschränken, um ihre Individualbudgets nicht zu gefährden.
- Sie gewähren inzwischen zu rund zwei Drittel Aut-Idem, verschreiben damit also im Prinzip nur den Wirkstoff, womit der Apotheker die ökonomische Verantwortung für die Medikamentenabgabe übertragen bekommt.
- Sie schreiben sich in Hausarztverträge ein, die sehr wohl auf Qualitätsversorgung geeicht wurden, dürfen aber dafür nur mehr mit gekapselten Arzneimittelmodulen therapieren.

An diese Ökonomisierung des ärztlichen Alltags hat sich die Ärzteschaft schon fast gewöhnt. Doch mit zunehmender Morbidität, der immer höheren Altersstruktur bei den Ärzten sowie einem nicht zu vernachlässigenden Patientendruck aus Krankenhäusern - die

Die Hintergründe der Honorarreform

Die Zahl der niedergelassenen Ärzte stieg vor allem in den 70er und 80er, sogar noch in den frühen 90er Jahren stark an. Damit mussten sich immer mehr niedergelassene Mediziner im Prinzip einen Budgettopf teilen, den die Kassenärztlichen Vereinigungen relativ frei mit den Krankenkassen als Gesamt-Honorarsumme für alle niedergelassenen Ärzte verhandelten. Solange das zu verteilende Budget ausreichte, war das kein allzu großes Problem. Doch als Anfang der neunziger Jahre die christlich-liberale Regierungskoalition ein erstes großes Kostendämpfungsgesetz auf den Weg brachte, war damit Schluss: Die Entwicklung der Arzthonorare wurde nämlich an die Grundlohnsumme geknüpft, was nichts anderes hieß, als dass die von den Kassen zur Verfügung gestellten Arzt-Honorare seitdem nicht stärker wachsen durften als die Vergütungen der Kassenmitglieder. Der so genannte Lahnsteiner Kompromiss, den der damalige Gesundheitsminister Horst Seehofer mit der damaligen Oppositionspartei SPD ausgehandelt hatte, gilt als der Beginn der Budgetierung. Und damit auch als der Startpunkt für immer kompliziertere Abrechnungsverfahren mit Punktwerten sowie diversen Ab- und Zuschlägen sowie Individual- und regionalen Gesamtbudgets, die für eine immer undurchsichtigere Verteilungsmodalität sorgten. Und ebenso eine, die nicht immer für alle befriedigend war - vor allem nicht für die Ärzte im Osten Deutschlands, die in der gegenwärtigen Honorarreform deswegen zu den Gewinnern zählen. Mit all dieser Undurchsichtigkeit und auch Unverlässlichkeit floatender Punktwerte - zu Beginn eines Abrechnungsquartals wusste kein Arzt, was seine Punkte am Ende von drei Monaten Arbeit wert sein würden - sollte mit der Honorarrefom aufgeräumt werden.

GRP-bedingt immer früher entlassen werden - kommt im Zuge der aktuellen Honorardebatte eine neue Dimension auf die Ärzte zu: Es geht nicht mehr um bisher übliche Verteilungskämpfe zwischen den Sektoren oder Arztgruppen, sondern um die Qualität als auch die Zukunft der ambulanten Versorgung an sich.

Dies liegt vor allem auch daran, dass der EBM 2009 falsche Signale an Politik wie Ärzteschaft sendet: Von mehr Qualität ist da nicht viel zu spüren. Was auch (noch) kein großes Wunder ist, denn in diesem Jahr geht es der KBV vordringlich um eine gerechtere bundesweite Verteilung des Arzt-Honorars. Die qualitative Seite soll erst ab den Jahren 2010 bis 2012 dazu kommen, weil sich der Honorarzuwachs der Ärzte dann an den Kostenstrukturen der Arztpraxen und an der Morbidität der Versicherten orientieren soll.

Das „mit der Zeit" haben die Ärzte wohl überlesen

„Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung ist der 1. Januar 2009, zumindest aus vertragsärztlicher Sicht, ein wichtiges Datum", schrieben die beiden KBV-Vorstände Dr. med. Andreas Köhler und Dr. med. Carl-Heinz Müller ins Vorwort zum „Einheitlichen Bewertungsmaßstab 2009", in dem sie den „Eintritt in ein neues Honorarzeitalter" ankündigten: „Nach fast 20 Jahren haben wir erstmals die Chance, eine Vergütung zu erhalten, die mit der Zeit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten entspricht."

Die Grundidee war und ist sicher richtig, künftige Honoraranpassungen nicht mehr durch die Steigerung der Grundlohnsumme begrenzen zu lassen, sondern neben der Entwicklung der Morbidität auch Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich zu berücksichtigen.

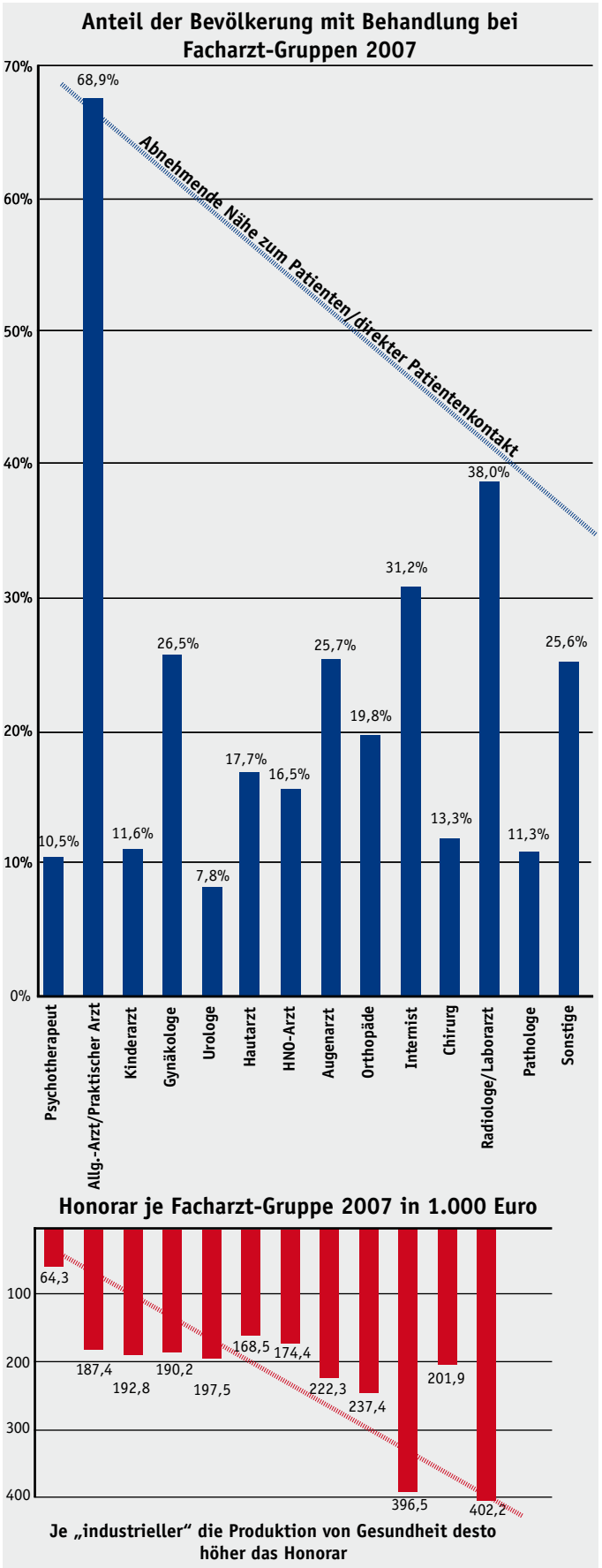
Auch dass mit der Honorarreform die starre Kopfpauschalen-Budgetierung, deren Höhe sich wohl mehr an der Historie, denn an der aktuellen Versorgungsrealität orientierte, ad acta gelegt wurde, mit der die Ärzte seit Beginn der 90er-Jahre leben mussten, ist positiv zu sehen. Da sich der künftige Honorarzuwachs der Ärzte laut KBV an den Kostenstrukturen der Arztpraxen und an der Morbidität der Versicherten orientieren soll, würden zudem nicht mehr länger die Ärzte das finanzielle Risiko tragen, wenn sie mehr Patienten behandeln müssen oder diese an besonders schweren Erkrankungen leiden, sondern die Krankenkassen.

Das wird auch dringend nötig sein, glaubt man den Hochrechnungen des aktuellen GEK Reports zur ambulant-ärztlichen Versorgung. Den mit dieser Studie beauftragten Wissenschaftlern des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitssystemforschung (ISEG) in Hannover fielen besonders die Zunahme der Arztkontakte auf: Für den Zeitraum zwischen 2004 und 2007 weisen sie einen altersbereinigten Anstieg um 8,4 Prozent von 16,4 auf 17,7 Arztkontakte nach. Damit erreicht Deutschland im internationalen Vergleich ein auffällig hohes Kontaktniveau.

Angesichts von durchschnittlich 5,2 Millionen Arztbesuchen pro Werktag (6,3 Prozent der Bevölkerung) machte GEK-Vorstand Dr. Rolf-Ulrich Schlenker erst im Januar dieses Jahres eine weitere Rechnung auf: „Bezieht man die Zahl auf die 137.000 niedergelassenen Ärzte in Deutschland, so hat jeder Arzt pro Arbeitstag rund 38 Patienten zu behandeln!" Knappe Beratungszeiten und steigende Arzneimittelverordnungen seien da kaum verwunderlich.

Gleich heißt Umverteilung

Ohne mehr Versorgungsqualität als auch Patientensteuerung wird das System der Primärversorgung darum wohl irgendwann quasi von sich aus kollabieren. Deshalb liegt für Kritiker ein großer Fehler des EBM 2009 darin begründet, dass es keine gezielten Honoraranrei-



Anteil Facharztkontakte 2007 (GEK-Report 2008 „Ambulant-ärztliche Versorgung") und Honorare je Facharztgruppe (Honorarstatistik KBV 2007).

ze in der Gebührenordnung gibt, die schon jetzt für mehr Qualität sorgen würden - das ist jedoch wiederum etwas, was in den Hausarztverträgen schon lange gang und gäbe ist.

Aber erst einmal wird fleißig umverteilt. Wobei es natürlich auch positiv zu sehen ist, dass es seit dem 1. Januar 2009 eine sehr viel kleinere Rolle spielt, in welcher Region ein Arzt Versicherte welcher Krankenkasse auch immer behandelt. Denn bundesweit soll es durch den EBM 2009 für die gleiche Leistung auch annähernd das gleiche Geld geben.

Hier versteckt sich das wahre Södersche „Grundübel" für die gegenwärtige Vergütungssituation, gegen das der bayerische Gesundheitsminister protestiert und das Ärzte vor allem in westlichen Bundesländern auf die Straße treibt. Doch im Prinzip wurden eigentlich nur die Preise für ärztliche Leistungen bundesweit nivelliert und damit die bisherigen Verteilungsspielräume auf regionaler Ebene eingeschränkt. Das geschah durchaus zu Lasten einiger Gruppen: Zum Beispiel von Ärzten in Baden-Württemberg, die zeitweise sogar persönliche Sonderzahlungen von Kassenpatienten kassieren oder andernfalls die Behandlung verweigern wollten.

Das allerdings sind Auswüchse, aber sicher auch deutliche Zeichen für Wut und Ohnmacht. Denn erst im nächsten Jahr wird - nachdem die 2009 stattfindende Honorar-Vereinheitlichung durchgeführt ist - jene Komponente zum Tragen kommen, nach der sich die künftige Höhe der Gesamtvergütung bemisst und die auch mehr Qualitätsaspekte ins System bringen soll. Dann erst wird laut KBV auch der versicherten-bezogene Behandlungsbedarf weiter vereinheitlicht. Diese Leistungsmenge je Versichertem soll dann die wirkliche Basis für die angestrebte morbiditätsorientierte Weiterentwicklung der Honorare werden.

Doch bis es soweit ist, kulminiert eine Entwicklung, die seit langem eingesetzt hat: So richtig will keiner mehr niedergelassener Arzt werden; und schon gar nicht in ländlichen oder gar strukturschwächeren Gebieten.

Dies sieht man deutlich an zwei Zahlen: Lag das Durchschnittsalter der Hausärzte im Jahr 1993 noch bei 46,6 Jahren, war der durchschnittliche Hausarzt im Jahr 2005 schon 51,1 Jahre alt. Und im Jahr 2007 waren schon 11.508 Hausärzte 60 Jahre und älter. Damit werden knapp 20 Prozent aller Hausärzte in den nächsten fünf Jahren in den Ruhestand gehen.

Das wäre kein großes Problem, wenn genug junge Ärzte nachrücken würden. Dem ist aber nicht so. Nimmt man den Ab- und Zugang an Vertragsärzten im Jahr 2007, sieht man eindeutig, dass es mehr gibt, die in den Ruhestand gehen (2.590), als neu in den Beruf einsteigen (2.310). Nimmt man nun noch die Zahl der ärztlichen Absolventen hinzu, die die Weiterbildungsprüfung zum Hausarzt ablegen, sieht man die ganze Dramatik, die auf uns zurollt: Noch ganze 1.240 Jungärzte wollen Hausärzte werden, während es in den Jahren zuvor immerhin noch knapp 2.000 waren. Und dabei wird die Zahl der aus dem ärztlichen Hausarzt-Beruf qua Alter ausscheidenden Ärzte Jahr für Jahr höher.

Diese Berufsverweigerung verwundert nicht, betrachtet man die Auswirkungen der gesamten aktuellen Diskussion auf das Image des Ärztestands und die realen Verdienstmöglichkeiten der Ärzte, die von Medien gerne pauschal als Superverdiener dargestellt werden. Nimmt man das durchschnittliche Brutto-Honorar eines niedergelassenen Arztes, ist das so schlecht nicht: Er nimmt laut KBV aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Schnitt immerhin 173.385 Euro ein. Doch da ein Arzt meist ein oder mehrere Angestellte und Praxisräume hat, nehmen die Betriebsausgaben mit rund 102.000 Euro mehr als die Hälfte davon weg. Setzt man nun die Steuerpflicht in Höhe des Durchschnittssteuersatzes von 30 Prozent an und substrahiert die Aufwendungen zur Krankenversicherung und berufsständischen Altersvorsorge, bleibt einem normalen niedergelassenen Arzt ein verfügbares Nettoeinkommen von 2.328 Euro pro Monat. Wenn man zudem bedenkt, dass ein vollzeitbeschäftigter Arbeitnehmer laut statistischem Bundesamt im produzierenden Gewerbe und im Dienstleistungsbereich in Deutschland im vierten Quartal 2008 durchschnittlich brutto 3.127 Euro im Monat verdient, was nach Steuern rund 2.200 Euro ergibt, ist das nicht besonders viel. Doch ob dieses Delta angesichts der Länge und des Schwierigkeitsgrads des Studiums angemessen ist oder nicht, wird jeder Jungarzt für sich entscheiden.

Angestellte Ärzte im Trend

Es verwundert denn auch nicht, dass junge Ärzte wohl lieber ins Ausland oder in andere Berufsbereiche (vornehmlich die Industrie) gehen. Denn hier verdienen sie bei wesentlich geregelterer und auch geringerer Arbeitszeit wesentlich besser. Oder sie lassen sich gleich anstellen - in Krankenhäusern oder den immer deutlicher zunehmenden Medizinischen Versorgungszentren (MVZ). Ende 2008 waren es (geschätzt auf Basis der kontinuierlichen Entwicklung) schon 1.210, davon 453 in der Trägerschaft von Krankenhäusern. Immerhin arbeiten derzeit schon 5.183 Ärzte (letzt verfügbarer KBV-Stand: September 2008) in MVZ, davon bereits 3.921 (76 Prozent) im Angestelltenverhältnis. Der restliche Teil ist in Praxisgemeinschaften organisiert, weil in beiden Betriebsformen wesentlich besser das Thema Familie organisierbar ist.

Genau aus diesem Grund sind auch überdurchschnittlich viele Ärztinnen so genannte Partner-Ärzte (52,3 Prozent) und machen bei den angestellten Ärzten immerhin 74,4 Prozent (KBV-Stand: 2007) aus. Ebenso aber stieg auch die Zahl der Hausärztinnen an sich: auf inzwischen über 35 Prozent. Diese Zahl wird fortschreiten: Unter den ärztlichen Absolventen, die die Weiterbildungskurse zum Hausarzt ablegen, sind jetzt schon über 50 Prozent weiblichen Geschlechts.

Das wäre nun nicht dramatisch, wenn Frau Doktor statt Herrn Doktor den Hausarztberuf ergreifen würde. Doch im Prinzip läuft die ganze Entwicklung darauf hinaus, dass auch diese „Feminisierung der Medizin" den klassischen niedergelassenen Arzt als solchen wohl zur aussterbenden Gattung machen wird. Denn das sind nun mal vornehmlich klassische Einzelpraxen mit dem Einzel-Unternehmer Arzt mit einer extrem hohen Wochenstunden-Arbeitszeit, wobei Insider die Grenze zur Selbstausbeutung schon längst überschritten sehen. Da bleibt gewiß keine Zeit für ein harmonisches Miteinander von Familie und Beruf.

Noch ist der viel zitierte Ärztemangel in einigen Bundesländern und erst recht nicht in den Ballungsgebieten - allen voran München, Hamburg und Berlin, wo auch viele Privatpatienten wohnen, mit denen sich Kassenärzte querfinanzieren können - noch Theorie. Doch in ärmeren Gegenden oder gar in ländlichen Gegenden, wo vom Arzt noch Hausbesuche erwartet und auch verlangt werden, wird es immer weniger attraktiv, sich als Allein-Unternehmer Arzt niederzulassen.

Dieses Strukturproblem wird eher mittel- denn langfristig zur Unterversorgung als auch zu Verteuerung des Gesundheitssystems führen. Denn damit wird bei Krankheit auch der Weg in die Krankenhausversorgung forciert, die teurer sein, aber wohl gewiß nicht zu einem besserer Qualität führen wird. <<

Die Zahlenbasis der Honorarreform

Denn Ausgangsbasis für die Ermittlung der neuen Gesamtvergütung war im Großen und Ganzen sowohl die Honorarsumme als auch die Leistungsmenge des Jahres 2007. Aufgrund der regional unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge wich jedoch die Menge der abgerechneten Leistungen von KV-Bezirk zu KV-Bezirk erheblich - stellenweise gar um bis zu 2.500 Punkte - ab. Da aber nun die Honorare im Osten an das Westniveau von 84 Prozent auf 95 Prozent im Jahr 2009 - angeglichen werden sollten, beschloss der Bewertungsausschuss, die Leistungsmenge in den neuen Bundesländern geringer abzustaffeln als in den alten (einschließlich Berlin). Was sich denn auch auf die KVen im Westen stärker auswirkte, die bisher mit Individualbudgets ihren Punktwert stabilisiert, aber dafür die Leistungsmenge reduziert hatten. Der Effekt: Die Ärzte in westlichen Bundesländern schnitten aufgrund ihres niedrigeren Punktzahlvolumens bei der Honorarsteigerung wesentlich schlechter als ihre Kollegen im Osten, die sich selbst bisher weitaus weniger strikte Mengenbegrenzungen verordnet hatten.