

Berufs- und Gesundheitspolitik

Brief des Stellv. Vorsitzenden des AOK-Bundesverbandes

AOK-Bundesverband · Postfach 20 03 44 · 53170 Bonn

CDU/CSU-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

SPD-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Dr. Martina Bunge MdB
Vorsitzende Ausschuss für Gesundheit
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Herrn Peter Albach MdB
CDU/CSU-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Herrn Christian Kleiminger MdB
SPD-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Mechthild Rawert MdB
SPD-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Dr. Margrit Spielmann MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Frau Dr. Marlies Volkmer MdB
Deutscher Bundestag
Platz der Republik 1
11011 Berlin

AOK-Bundesverband

Stellv. Vorsitzender
des Vorstandes

Bonn, den 25.01.2007
P (1)

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit
Ausschussdrucksache
16(14)0129(23 A)
26.1.2007

Herrn Heinz Lanfermann MdB
Pflegepolitischer Sprecher FDP-Bundestagsfraktion
Platz der Republik 1
11011 Berlin

Herrn Frank Spieth MdB
Gesundheitspolitischer Sprecher
Die Linke, Bundestagsfraktion
Kleine Alexanderstraße 28
10178 Berlin

Herrn Dr. Harald Terpe MdB
Bundestagsfraktion Bündnis 90/Die Grünen
Platz der Republik
11011 Berlin

Neuregelung des § 315 SGB V; Angleichung der ärztlichen Gesamtvergütung

Sehr geehrte Damen und Herren,

wie der Presse zu entnehmen ist, streben Sie als Bundestags-Abgeordnete aus den neuen Bundesländern eine gemeinsame Initiative an, die eine Anhebung der ärztlichen Gesamtvergütung im Osten in den Jahren 2007 und 2008 um jeweils fünf Prozent vorsieht. Sie greifen damit inhaltlich einen Bundesratsbeschluss auf. In der Konsequenz hätte dieser für die gesamte GKV zu einer finanziellen Mehrbelastung in Höhe von rd. 650 Mio. € geführt. Für Kassen in den neuen Bundesländern bedeutet dies – selbst unter Berücksichtigung des gesamtdeutschen Risikostrukturausgleichs – umgerechnet eine weitere Belastung von mehr als 0,4 Beitragssatzpunkten, die bisher nicht in die Haushalte einkalkuliert ist. Ihr Vorschlag wird entsprechend auf etwa die Hälfte dieser Dimensionen hinauslaufen.

Ziel der von Ihnen angestrebten Neuregelung ist es, die Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Ländern zu verbessern. Die geplante Regelung würde die Arzteinkommen Ost aber sogar über das Niveau West anheben. Bezogen auf das Jahr 2005 liegen die GKV-Umsätze der Ärzte Ost lediglich um 2,4 Prozentpunkte unter dem Westniveau. Sowohl für das Jahr 2006 als auch z. T. bereits für das Jahr 2007 wurden in den neuen Bundesländern Vergütungsverträge mit den KVen abgeschlossen, die erheblich über den Steigerungen der Westkassen liegen. Dies ist insbesondere bedingt durch die höhere Grundlohnsumme, aber auch durch weitergehende vertragliche Vereinbarungen mit besonderen Vergütungsregelungen.

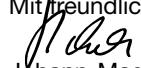
Darüber hinaus sehen bereits vorliegende Änderungsanträge zum Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) Maßnahmen zur weiteren Förderung der Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen vor. So etwa die vollständige Finanzierung der Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 4 SGB V durch die Krankenkassen sowie eine Lockerung der Definition Unterversorgung. Auch dies stärkt die ärztliche Gesamtvergütung.

Der beklagte Ärztemangel betrifft im übrigen nahezu ausschließlich den hausärztlichen Bereich. Weiterhin wird dieser Mangel insbesondere in ländlichen Gebieten zu erwarten sein.

Die Versorgungssituation in den städtischen Gebieten wird auch mittelfristig weitgehend stabil bleiben. Mit einer vorgeschlagenen pauschalen Erhöhung der Gesamtvergütung würden aber auch sämtliche Facharztgruppen in allen Regionen grundsätzlich gleichermaßen profitieren. Gezielte Anreize, die insbesondere in von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu einer erhöhten Bereitschaft zur Niederlassung führen würden, sind damit nicht verbunden. Es sollte daher vielmehr die Möglichkeit geschaffen werden, in den Honorarverteilungsverträgen eine räumliche Differenzierung vornehmen zu können.

Für Fragen auch über die nachfolgend ergänzenden Informationen hinaus stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung

Mit freundlichen Grüßen


Johann-Magnus v. Stackelberg

1. Ausgangslage

Die vorgesehene Neureglung hat insbesondere die deutliche Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Ländern zum Ziel. Damit soll eine Angleichung der Lebensverhältnisse sowie eine positive Wirkung auf das Niederlassungsverhalten der Vertragsärzte erreicht werden.

Die Fallzahlen im fachärztlichen Bereich sind in den neuen Bundesländern überwiegend stabil. Verwerfungen ergeben sich allerdings durch Honorarverteilungsregelungen, die bestimmte Facharztgruppen unterschiedlich behandeln. Ein Hauptproblem stellt die gesetzlich fixierte Aufteilung der Honorarfonds nach § 85 Abs. 4a S. 2 SGB V dar, wonach das gezahlte Gesamthonorar entsprechend der Anteile für die haus- und fachärztliche Versorgung an den erbrachten Gesamtleistungen des Jahres 1996 (I) verteilt wird. Diese Verwerfung trägt dem tatsächlichen Versorgungsanteil der Fachärzte in den neuen Ländern nicht mehr angemessen Rechnung.

2. Derzeitige Einkommenssituation der Vertragsärzte (Quelle: BMG 2006)

Umsatz je Vertragsarzt (GKV) inkl. Psychologische Psychotherapeuten

Alte Länder = 186.697 €

Neue Länder = 182.216 €

Ost-West-Relation = 97,6%

Einkommenssituation (Praxisüberschuss) unter Beachtung der Betriebsausgaben inkl. psychologische Psychotherapeuten

Alte Länder = 77.293 €

Neue Länder = 75.993 €

Ost-West-Relation = 98,3%

Dem Bruttoeinkommen müssen noch die Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten hinzugerechnet werden (West zwischen 16% und 33% - Ost zwischen 7 % und 30 % des Umsatzes)

Fazit: Die Angleichung der Lebensverhältnisse aus den erzielten Einnahmen der GKV erscheint bereits heute weitgehend erreicht. Demgegenüber liegt die Ost-West-Relation bei vollzeitbeschäftigten Arbeitnehmern Ost derzeit nur bei ca. 71 v.H. (Quelle: Statistisches Bundesamt 2004).

Dementsprechend liegen auch die Einnahmen der GKV-Ost noch unter dem Prozentsatz der West-AOKn. Selbst unter Berücksichtigung der aktuellen RSA-Systematik betragen die Einnahmen der einkommensschwachen GKV-Ost nur 92,89 Prozent der Einnahmen der GKV-West.¹

Tendenziell besteht sogar die große Gefahr, dass durch die vorgesehene Regelung des Arzteinkommen im Osten das Einkommen der Ärzte im Westen künftig deutlich überschreitet.

3. Abbau des Ärztemangels

Der von der KBV prognostizierte Ärztemangel betrifft nahezu ausschließlich den hausärztlichen Bereich. Weiterhin wird dieser Mangel insbesondere in ländlichen Gebieten zu erwarten sein. Die Versorgungssituation in den städtischen Gebieten wird auch mittelfristig weitgehend stabil bleiben.

Fazit: Mit der vorgesehenen Verteilung nach dem Prinzip der „Gießkanne“ werden die Beitragssätze der Krankenkassen massiv belastet. Gleichzeitig profitieren sämtliche Facharztgruppen in allen Regionen grundsätzlich gleichermaßen von der extremen Vergütungsanpassung. Anreize, die insbesondere in von Unterversorgung bedrohten Gebieten zu einer erhöhten Bereitschaft zur Niederlassung führen würden, sind nicht erkennbar.

4. Derzeitige Ausgabenstrukturen der Regionalkassen

Im Jahr 2005 sind in den jeweiligen Jahresrechnungen der regionalen AOKen je Versicherten (Quelle: KJ1 2005, KA 400) folgende Ausgaben für ärztliche Leistungen zu verzeichnen:

	2005 in Euro
AOK	
Brandenburg	246,38
Meckl.-Vorp.	269,76
Sachsen	244,95
Sachsen-Anhalt	230,20
Thüringen	259,52
Ost	247,94
GKV-Ost	244,28

¹ Einnahmen je Mitglied für 2005 GKV-West 2.916,37 Euro (3.274,35 Euro Einnahmen aus Beiträgen, RSA und Strukturfonds; abzüglich 357,98 Euro Einzahlung in RSA und Strukturfonds);
Einnahmen je Mitglied für 2005 GKV-Ost 2.709,16 Euro (2.933,40 Euro Einnahmen aus Beiträgen, RSA und Strukturfonds; abzüglich 224,24 Euro Einzahlung in RSA und Strukturfonds);
Anteilsberechnung: $2.709,16 \times 100 : 2.916,37 = 92,89\%$



	2005 in Euro
Tiefstwert AOK-West	227,32
Mittelwert AOK-West	294,50
Höchstwert AOK-West	327,64
Anzahl West-AOK über Mittelwert West	6
Anzahl West-AOK unter Mittelwert West	5

Für das Jahr 2005 beträgt die Differenz aus dem Hauptleistungsbereichen Ärzte in den neuen Ländern 22,64 % zum Wert in den alten Ländern. Um diesen Veränderungsfaktor wären die Gesamtvergütungen der KVen in den neuen Ländern bis zum Jahr 2008 zu erhöhen. Absolut ergibt sich, bezogen auf die Werte des Jahres 2005 eine zusätzliche Ausgabenbelastung der GKV-Ost um ca. 645 Mio. Euro. Am Beispiel der einzelnen AOKen in den neuen Ländern ergäben sich je Versicherten folgende neue Ausgabenwerte:

	2005-neu in Euro
AOK	
Brandenburg	302,16
Meckl.-Vorp.	330,83
Sachsen	300,41
Sachsen-Anhalt	282,32
Thüringen	318,28
Ost	304,07
Tiefstwert AOK-West	227,32
Mittelwert AOK-West	294,50
Höchstwert AOK-West	327,64

Zu beachten ist allerdings, dass diese Werte als versichertenbezogene Größe für die tatsächliche Honorarsituation der Ärzte nicht aussagekräftig sind. Entscheidend ist vielmehr, wie unter Punkt 2 dargestellt, die Einkommenssituation je Arzt. Die Versorgungsnotwendigkeiten zwischen neuen und alten Bundesländern sind auch strukturell nicht vergleichbar.

Fazit: In Deutschland gibt es keinen typischen Westwert. Die Zahlen der AOKen in den alten Ländern differieren im Jahr 2005 innerhalb einer Bandbreite von 227,32 Euro bis 327,64 Euro. Bereits zum heutigen Zeitpunkt liegen die versichertenbezogenen Ausgaben der AOKen in den neuen Ländern oberhalb des niedrigsten Westwertes. Mit der beabsichtigten Anhebung würden die Ausgaben der AOKen in den neuen Ländern bundesweit im oberen Bereich liegen. Die AOK MV würde den Höchstwert darstellen. Es erscheint fraglich, ob diese Überkompensation den alten Ländern bei einem derzeitigen RSA-West-Ost-Transfer von 3,5 Mrd. Euro zu vermitteln ist.

5. Vorschlag

Die geplante Regelung würde die Arzteinkommen Ost erheblich über das Niveau West anheben, sie erfüllt daher nicht die eigentlich gewünschte Zielstellung. Bezogen auf das Jahr 2005 wurde unter Punkt 2 dargestellt, dass die GKV-Umsätze der Ärzte Ost lediglich um 2,4 Prozentpunkte unter den Ärzten West liegen. Sowohl für das Jahr 2006 als auch z. T. bereits für das Jahr 2007 wurden in den neuen Bundesländern Vergütungsverträge mit den KVen abgeschlossen, die erheblich über den Steigerungen der Westkassen liegen. Dies ist insbesondere bedingt durch die höhere Grundlohnsumme, aber auch durch weitgehende vertragliche Regelungen mit besonderen Vergütungsregelungen. Der Angleichungsprozess Ost an West kann somit für das Ende des Jahres 2006 als abgeschlossen angesehen werden.

Zur weiteren Förderung der Niederlassung von Ärzten in unterversorgten Regionen sollen bereits die Sicherstellungszuschläge nach § 105 Abs. 4 SGB V vollständig von den Krankenkassen getragen werden. Dies wird zu einer weiteren Entlastung der Gesamtvergütung führen.

Um gezielte Anreize für die Bereitschaft von Vertragsärzten zur Niederlassung in von Unterversorgung betroffenen Gebieten zu setzen, sollte eine Vergütungserhöhung (reguläre Vergütungsverhandlungen Gesamtvergütung, z. B. Grundlohnsteigerung) mit einem Anteil von 10 v. H. für vom Landesausschuss nach § 105 SGB V beschlossenen Maßnahmen verfügbar sein. Damit würde folgerichtig eine Finanzierung aus Mitteln der KVen vorgesehen, die auch den Sicherstellungsauftrag haben.

Um den Situationen in den unterversorgten Regionen Rechnung zu tragen, sollte die Möglichkeit geschaffen werden, in den Honorarverteilungsverträgen eine räumliche Differenzierung der Honorarverteilung vorzunehmen.

Brief des 1. Vorsitzenden der KV Mecklenburg-Vorpommern



**Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern**
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Mecklenburg-Vorpommern · Postfach 160148 · 18081 Schwerin

Der Vorstand

Ansprechpartner(in):

-

-

Telefon: 0385/74 31-201

Fax: 0385/74 31-450

E-Mail: HSchrein@kvmv.de

www.kvmv

An die Mitglieder des Gesundheitsausschusses
des Deutschen Bundestages

An die Abgeordneten aus den neuen Bundesländern

Datum: 30. Januar 2007

An die CDU/CSU-Bundestagsfraktion

An die SPD-Bundestagsfraktion

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir nehmen Bezug auf die Ausführungen des AOK-Bundesverbandes vom 25.1.2007 zum Abwehren der von Ihnen geplanten Initiative zur schrittweisen Anhebung der ärztlichen Vergütung im Osten.

Es ist schon erstaunlich, dass ein Herr von Stackelberg immer dann auf den Plan tritt, wenn es um eine Verbesserung der ambulanten medizinischen Versorgung im Osten geht. Gleichzeitig empört es uns, dass hier manipulativ Daten miteinander verknüpft werden. So verbindet er die Anhebung von jeweils 5 % für die Jahre 2007 und 2008 mit einer finanziellen Mehrbelastung von 650 Millionen Euro. Bei den weiter unten aufgeführten Daten allerdings stellt diese Summe die komplette Anpassung an die Westhonorare dar. Bei einem Jahresumsatz für die neuen Bundesländer von ca. 3.158 Millionen Euro würden sich die Kosten der Anpassung pro Jahr um ca. 160 Millionen Euro bewegen. Wie man mit einem Abstand von 22,64 % ein nahezu 100%iges Honorar erreicht, bleibt das Geheimnis des Herrn von Stackelberg. Auch die Vermischung der Daten – Einkommensvergleich Einwohner Ost – West (71 %) aus dem Jahre 2004 mit dem voraussichtlichen Einkommen der Ärzte für 2007 zu vergleichen – ist eindeutig manipulativ. Dem AOK-Bundesverband wäre es sicherlich lieb, wenn der gesetzliche Leistungskatalog im Osten nur zu 71 % erfüllt würde. Die dauernde Überlastung der Ost-Ärzte durch 28 % mehr Fälle, deutlich erhöhte Morbidität und ein Drittel weniger Personal führt jetzt bereits schon zu nicht vertretbaren langen Wartezeiten in den ostdeutschen Arztpraxen. Wenn man der Logik des Herrn von Stackelberg folgte, bräuchte man durch Dezimierung der Ärzte im Osten die Fallzahl nur noch weiter zu erhöhen, um dann ein höheres Einkommen der Ost-Ärzte zu erreichen. Was ist das für eine Moral?

In der Anlage befindet sich die KV 45 des abgeschlossenen Jahres 2005. Was Herr von Stackelberg seinen AOK-Mitarbeitern zubilligt (94,1 %), will er den Ost-Ärzten bei der Versorgung seiner Versicherten verweigern.

Auch der Hinweis der Mehrbelastung westdeutscher Versicherter ist schlichtweg falsch. Die Gesamtausgaben der ostdeutschen Krankenkassen lagen bereits im Jahre 2005 mit 104,2 % pro Versicherten deutlich über den Westwerten. In diesem Jahr wird auch der gesamtdeutsche Risikostrukturausgleich vollendet. Damit fließen erneut zusätzlich 7,5 % aus dem RSA-Ausgleich zu den Krankenkassen im Osten. Allein dieser Betrag würde ausreichen, um die von Ihnen geforderte teilweise Anpassung der Osthonorare zu finanzieren.

Die Vorschläge des AOK-Bundesverbandes zur Lösung der ostdeutschen Versorgungsprobleme gleichen dem Herausziehen aus dem Sumpf am eigenen Haarschopf. Die Mitteilung des AOK-Bundesverbandes hat unter den von uns informierten Vertragsärzten helle Empörung bis zur Verweigerungsandrohung der Versorgung von AOK-Versicherten hervorgerufen.

Wir bitten Sie sehr herzlich, von Ihren Bemühungen nicht abzulassen und gemeinsam mit den Landesministerien die schrittweise Anpassung der Mittel für die ambulante medizinische Behandlung zu bewirken.

Mit freundlichen Grüßen

Dr. med. Wolfgang Eckert
1. Vorsitzender

Anlage ↪



Finanzdaten zur Gesetzlichen Krankenversicherung Ost-Ausgaben in % West je Versicherten

	1. – 4. Quartal 1995	1. – 4. Quartal 1997	1. – 4. Quartal 1998	1. – 4. Quartal 1999	1. – 4. Quartal 2000	1. – 4. Quartal 2001	1. – 4. Quartal 2002	1. – 4. Quartal 2003	1. – 4. Quartal 2004	1. – 4. Quartal 2005
Ärztliche Behandlung	79,48	77,9	78,0	75,6	77,7	77,30	81,0	82,1	81,3	81,4
Behandlung durch Zahnärzte ohne Zahnersatz	107,55	101,0	100,6	99,4	102,9	101,40	98,7	97,2	96,1	94,6
Arzneimittel	113,57	110,7	106,8	105,4	111,5	114,30	116,1	118,4	115,9	117,8
Hilfsmittel			87,5	92,0	93,4	101,20	101,5	105,7	106,5	108,9
Heilmittel	58,20		70,4	67,6	72,3	77,30	82,7	84,5	80,1	85,7
Krankenhaus- behandlung	89,13	97,5	98,3	99,4	101,0	103,47	105,7	109,7	112,0	112,1
Fahrtkosten	124,55	129,5	125,4	122,1	122,8	123,80	124,3	124,7	125,6	129,8
Kuren	82,57	85,2	80,4	81,1	83,0		85,0	89,2	93,1	100,1
Häusliche Krankenpflege		89,0	81,3	86,7	94,6	115,60	122,0	128,6	123,1	131,7
Leistungs- ausgaben insgesamt	90,63	93,5	92,5	92,7	95,4	97,20	99,6	101,9	102,2	104,2
Verwaltungs- kosten	109,40	103,5	102,8	100,4	101,8		98,8	96,8	93,7	94,1

Quelle: GKV-Statistik BMG, Vordruck KV 45

06.03.2006

Brief des Bundesministeriums für Gesundheit

Bundesministerium für Gesundheit 53109 Bonn

Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Herrn Dr. med. Wolfgang Eckert
Postfach 16 01 45
19091 Schwerin

Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg
Herrn Dr. med. Hans-Joachim Helming
Gregor-Mendel-Str. 10/11
14469 Potsdam

Vorsitzende der Kassenärztlichen Vereinigung Thüringen
Frau Dipl.-Med. Regina Feldmann
Zum Hospitalgraben 8
99425 Weimar

Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen
Herrn Dr. med. Klaus Heckemann
Postfach 10 06 36
01076 Dresden

Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Herrn Dr. med. Burkhard John
Dr.-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich komme zurück auf ihr Schreiben vom 31. Januar 2007, welches Sie u. a. an die Mitglieder des Gesundheitsausschusses des Deutschen Bundestages gesendet haben, das das Bundesministerium für Gesundheit mehr als befremdet hat.

Sie verweisen darauf, dass „nach aktueller Mitteilung des AOK-Bundesverbandes“ die Mittel für ambulante ärztliche Versorgung für jeden Versicherten im Osten bei 77,36 Prozent im Vergleich zum Westen lägen. Diese Darstellung ist irreführend. Eine solche Aussage findet sich in den mir bekannten aktuellen Stellungnahmen des AOK-Bundesverbandes nicht. Nach den mir vorliegenden aktuellen Zahlen der GKV-Statistik lag die „Ost-West“-Quote der durchschnittlichen Ausgaben je Versicherten für ärztliche Behandlungen im Jahre 2006 bei 85,5 v. H.. Bei der von Ihnen angesprochenen Größe handelt es sich nicht um die durchschnittlichen



Ausgaben je Versicherten, sondern offenbar um eine Rechengröße für Zwecke des Risikostrukturausgleichs (sog. RSA-Standardausgaben): Diese Größe kann in der Diskussion um eine angemessene Vergütung der Ärzte in den neuen Ländern zwar ein Parameter, auf keinen Fall aber der einzige zu diskutierende Parameter sein. Erforderlich ist vielmehr eine differenzierte Betrachtungsweise, welche neben weiteren Parametern (durchschnittlicher Umsatz und Überschuss je Arzt, durchschnittliche Vergütung je Fall, durchschnittliche Leistungsmenge je Arzt und je Fall etc.) auch eine Betrachtung der Entwicklung der Parameter im Zeitablauf sowie eine nach Regionen und Arztgruppen differenzierte Analyse umfasst.

Bei der aktuellen Diskussion sollten aber die z. T. deutlichen Honorarzuwächse, die sich aus Honorarabschlüssen für das Jahr 2006 ergeben, und die im Jahr 2007 bestehenden Möglichkeiten für eine weitere Honorarangleichung berücksichtigt werden (die für die Erhöhung der Gesamtvergütungen im Jahr 2007 maßgebliche Veränderungsrate liegt mit 2,23 v. H. in den neuen Ländern deutlich über der entsprechenden Rate von 0,47 v. H. in den alten Ländern). Durch die im GKV-WSG erfolgende Aufhebung des Verwendungsverbots in § 313a SGB V ab dem 1.4.2007 erhalten die Vertragsparteien der Vergütungsverträge in den neuen Ländern zudem die Möglichkeit, die Ärztevergütungen stärker zu erhöhen, wenn dies zur Sicherung der medizinischen Versorgung erforderlich ist (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Eine ehrliche Diskussion um die angemessene Vergütung der Ärzte in den neuen Ländern kann nicht geführt werden, ohne auf die Verbesserungen einzugehen, die sich für die Ärzte in den neuen Ländern durch die Vergütungsreform zum 1.1.2009 ergeben werden:

- Die bisherigen Budgets werden abgelöst und das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen: Das bedeutet, dass die Kassen zukünftig mehr Geld zur Vergütung bereitstellen, wenn der Behandlungsbedarf ansteigt oder Leistungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich verlagert werden. Die Kassen vergüten auch den Kostenanstieg der Praxen, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann. Diese Honorarsteigerungen werden nicht mehr durch den Grundsatz der Beitragsatzstabilität „gedeckt“. Künftig entrichten diejenigen Kassen, deren Versicherte einen relativen höheren Behandlungsaufwand aufweisen, höheren Honorarsummen an die KVen. Zwischen den Kassen wird somit eine leistungsgerechte Aufteilung der finanziellen Lasten erreicht, und das Problem der Honorarverluste bei Mitgliederwanderungen wird gelöst.
- Auch die von den Ärzten immer wieder geforderte Angleichung der Vergütungen je Versicherten bzw. der Vergütungen je Leistung wird mit der Vergütungsreform auf dem Weg gebracht. Übergangsregelungen für das Jahr 2009 stellen sicher, dass jede Region mit einer leistungsgerechten Honorarsumme in das Vergütungssystem startet. Die erstmalige Honorarvereinbarung erfolgt für jede Krankenkasse auf Grundlage der Leistungsmenge der letzten vier Abrechnungsquartale, angepasst um die vom Bewertungsausschuss zu schätzende voraussichtliche Änderung der morbiditätsbedingten Leistungsmenge im Vergleich der Jahre 2008 zu 2009. Diese Leistungsmenge wird mit dem für die Region vereinbarten Punktwert bewertet. Der Punktwert wiederum wird von den regionalen Vertragspartnern auf Grundlage des vom Bewertungsausschuss bestimmten bundeseinheitlichen Orientierungswertes vereinbart. Im Jahr 2009 ergibt sich der Orientierungswert aus den bundesweit insgesamt gezahlten Honorarsummen im Jahr 2008, gesteigert um die Veränderungsrate für das Jahr 2009, sowie den bundesweit abgerechneten Leistungsmengen (nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung und Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen). Er wird somit oberhalb des rechnerischen bundesdurchschnittlichen Punktwertes des Jahres 2008 und damit voraussichtlich auch deutlich über den in den neuen Ländern im Jahr 2008 ausgezahlten Punktwerten liegen. Zwar können die regionalen Vertragspartner einen Zu- oder Abschlag auf den Orientierungswert vereinbaren, um regionale Besonderheiten bei der Versorgungsstruktur und bei den für Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten zu berücksichtigen. Willkürliche Honorarsenkungen für die Ärzte in den neuen Ländern können sich daraus aber nicht ergeben, da auch hier Vorgaben der Bundesebene zu beachten sind und die medizinische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten ist. Insgesamt sind für die Ärzte in den neuen Ländern Honorarzuwächse zu erwarten, da im Jahr 2009 voraussichtlich ein höherer Preis pro Leistung gezahlt und mit diesem höheren Preis auch eine größere Leistungsmenge finanziert werden wird.
- Ab dem Jahr 2010 ist zudem die Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize vorgesehen. Diese Preisdifferenzierung kommt den Ärzten und Versicherten in den neuen Ländern, die überproportional von Unterversorgung betroffen sind, besonders zu Gute und wird dazu beitragen, die heute regional bestehenden Versorgungslücken weiter abzubauen.

Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems im Jahr 2009 bzw. der Preissteuerung im Jahr 2010 stellt eine Übergangsregelung für die Jahre 2007 bis einschließlich 2009 sicher, dass Unterversorgung bereits jetzt wirksam abgebaut werden kann: Die Sicherstellungszuschläge sind rückwirkend ab dem 1. Januar 2007 allein von den Krankenkassen zu finanzieren. Die bisherige Mitfinanzierung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entfällt, so dass die bisher dafür verwendeten Anteile der Gesamtvergütungen wieder zur übrigen Honorierung der Ärzte zur Verfügung stehen. Zudem entfällt die bisherige Begrenzung des für Sicherstellungszuschläge aufgewendeten Finanzvolumens auf 1 v. H. der Gesamtvergütungen, und die Anforderungen an die Feststellung der Unterversorgung, als Voraussetzung für die Zahlung der Sicherstellungszuschläge, werden abgesenkt. Diese können nunmehr auch gezahlt werden, wenn eine Unterversorgung in absehbarer Zeit droht. Somit können ab sofort bis einschließlich 2009 gezielt Honorarzuschläge in der erforderlichen Höhe an diejenigen Ärztinnen und Ärzte gezahlt werden, die in den betroffenen Gebieten tätig sind.

Insgesamt bringen die Regelungen somit zahlreiche Verbesserungen für die Vertragsärzte in den neuen Ländern mit sich. Nach alledem sind die Angriffe auf das Bundesministerium für Gesundheit, die sich an eine fachliche Erörterung angeschlossen haben, mehr als unberechtigt. Im besonderen Interesse der Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Ländern sollte es vielmehr liegen, dass es zu einer fristgerechten und sinnvollen Umsetzung der o. g. Regelungen auf regionaler wie auf Bundesebene kommt.

Mit freundlichen Grüßen



Franz Knieps



SÄCHSISCHES
STAATSMINISTERIUM
FÜR SOZIALES

DIE STAATSMINISTERIN

SÄCHSISCHES STAATSMINISTERIUM FÜR SOZIALES
Albertstraße 10 · 01097 Dresden

Dresden, .02.2007
Tel.: 0351 564-5731

Aktenzeichen: 31-5220/155
31-5220/171

AOK-Bundesverband
Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
Herrn Johann-Magnus von Stackelberg
Kortrijker Straße 1
53177 Bonn

Antrag des Bundesrats zur Angleichung der ärztlichen Vergütung in den neuen Ländern

Ihr Schreiben vom 25. Januar 2007 an die Bundestagsfraktionen und Mitglieder des Bundestages

Sehr geehrter Herr von Stackelberg,

mir ist Ihr oben bezeichnetes Schreiben zur Kenntnis gelangt, und ich bin davon überrascht, mit welcher einseitigen Argumentation Sie versuchen, Einfluss auf die politische Willensbildung zu nehmen, und dabei in Kauf nehmen, die Urteilsfähigkeit der Länderministerien in dieser Materie in Frage zu stellen.

Nach der Lektüre Ihres Schreibens bin ich mir nicht sicher, ob Ihnen bekannt ist, dass seit einiger Zeit auch 32 Hausarztpraxen in der sächsischen Landeshauptstadt Dresden keinen Praxismachfolger finden und sich die drohende Unterversorgung nicht nur auf den hausärztlichen Bereich bezieht. Ein wichtiger Teil Ihrer Argumentation beruht auf unzureichend recherchierten Angaben. Ich finde es populistisch, wenn Sie argumentieren, die Ärzteneinkommen Ost würden sogar mit einer Anhebung der ärztlichen Gesamtvergütung in den Jahren 2007 und 2008 um jeweils 5 % „über das Niveau West angehoben“. Sollte Ihrem Haus unbekannt sein, dass die niedergelassenen Ärzte in den neuen Ländern bei einem Umsatzabstand West – Ost von etwa 8 % (ohne Berücksichtigung der PKV-Honorare) 36 % mehr Patienten behandeln und pro Fall 27,2 % weniger verdienen als ihre Kollegen im Westen? Mit demselben Populismus könnte man Ihrer Darstellung entgegenhalten, Sie hätten das Bruttogehalt eines Teilzeitbeschäftigten mit dem eines Vollbeschäftigten gleichgesetzt.

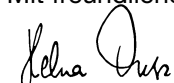
Bei einer objektiven Betrachtung des gesamten Datenmaterials ist unschwer zu erkennen, dass die Budgetierung im Osten Deutschlands stärker wirkt, und wir in Kürze selbst dann Probleme haben werden, das erforderliche Versorgungsniveau sicher zu stellen, wenn *alle* niederlassungswilligen Ärzte eine Praxis in den neuen Ländern übernehmen. Daran kann auch den Krankenkassen kaum gelegen sein.

Da meine Kollegen und ich sowohl die politische Verantwortung für die Sicherstellung als auch für die Finanzen der AOK'en in den jeweiligen Ländern tragen, haben wir uns unsere Entscheidung nicht leicht gemacht. Wir halten die finanziellen Auswirkungen auf die Kassen, die im Übrigen geringer ausfallen als Sie dargestellt haben, für vertretbar. Schließlich ist auch zu berücksichtigen, dass die Kassen durch die jahrelang niedrigeren Ausgaben einen erheblichen Vorteil hatten.

Ich würde mir vom AOK-Bundesverband künftig eine ausgewogenere Argumentation bei der Einflussnahme auf die politische Willensbildung wünschen.

Der Vorsitzende des Vorstandes der AOK Sachsen sowie meine Kolleginnen und Kollegen in den neuen Ländern erhalten einen Abdruck dieses Schreibens.

Mit freundlichen Grüßen


Helma Orosz