



An die Mitglieder der Fraktionen
der CDU/CSU und der SPD
im Deutschen Bundestag

Ulla Schmidt

Bundesministerin
Mitglied des Deutschen Bundestages

HAUSANSCHRIFT Rochusstraße 1, 53123 Bonn

POSTANSCHRIFT 53107 Bonn

TEL +49 (0)228 99 441-1000

FAX +49 (0)228 99 441-1193

E-MAIL poststelle@bmg.bund.de

Bonn, 16. Januar 2009

**Praxisbezogene Honorarwirkungen der Vergütungsreform
bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten**

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

seit Beginn dieses Jahres gibt es in einzelnen Regionen Deutschlands Berichte über angeblich dramatische Honorarverluste einzelner Ärzte bzw. Arztgruppen als Folge der Honorarreform, die mit der Gesundheitsreform beschlossen wurde. Tatsächlich wurde das neue, gerechtere und transparentere Honorarsystem für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte unter der zentralen Verantwortung der Ärzteschaft gemäß der Vorgaben der Gesundheitsreform von diesen selbst entscheidend mitentwickelt und ist am 1. Januar 2009 planmäßig in Kraft getreten.

Zu diesen Berichten ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt Folgendes zu sagen:

1. Zunächst ist festzuhalten, dass der Gesetzgeber **Rahmenregelungen** zur Reform beschlossen hat. Die näheren Details der Umsetzung obliegen der Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen. Auf der Ebene des Bundes ist das der **Bewertungsausschuss**, in dem die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenversicherung vertreten sind. Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses wiederum sind auf der regionalen Ebene von den 17 Kassenärztlichen Vereinigungen und den regionalen Vertragspartnern sachgerecht umzusetzen.

2. Die Reform bringt den Ärztinnen und Ärzten **bundesweit** einen **geschätzten Honoraranstieg** im Vergleich der Jahre 2007 und 2009 von mindestens **2,75 Mrd. Euro** bzw. rund **10 v.H.**
3. Fakt ist, dass die **Beitragszahlerinnen und –zahler** diese Mittel für 2009 über den Gesundheitsfonds aufbringen. Sie werden von den Krankenkassen an die **Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)** überwiesen. Die Gelder werden also bereit gestellt. Es kann nicht sein, dass dieses Geld nirgendwo ankommt.
4. Die Berechnung des Institutes des Bewertungsausschusses, die bislang von niemandem angezweifelt werden, kommen zum Ergebnis, dass im Vergleichszeitraum **in allen Bundesländern Honorargewinne erzielt werden.**
5. Es ist nicht auszuschließen, dass sich im Zeitablauf zeigt, dass einzelne Ärzte tatsächlich gewisse Einbußen verzeichnen. Allerdings ist davon auszugehen, dass es eine **sehr große "schweigende Mehrheit"** gibt, die von der nun **faireren Honorierungssystematik** nicht nur planerisch, sondern auch direkt **finanziell erheblich profitiert.**
6. Für die konkrete Vergütung der Ärzte vor Ort sind die jeweiligen regionalen Vertragspartner und hier insbesondere auch die jeweilige **Kassenärztliche Vereinigung verantwortlich.** Bislang sind uns Umsetzungsprobleme nur in sechs von 17 KV Regionen bekannt geworden. Auch daraus ist zu schließen, dass die KVen **ausreichende Möglichkeiten an der Hand** haben, eine Vergütung zu organisieren, die **keine derart problematischen Verteilungseffekte** beinhaltet. Die Hauptverantwortung liegt hier völlig unzweifelhaft bei der regionalen Selbstverwaltung.
7. Die Zuweisungen an die einzelne Arztpraxis obliegen der **zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung.** Der **Bund** kann darauf **keinen Einfluss nehmen** und aus der Ferne auch nicht beurteilen, ob die Ermittlung insbesondere der sogenannten Regelleistungsvolumina durch die regionale Ebene entsprechend der Vorgaben des Bewertungsausschusses und auf Grundlage der richtigen Daten erfolgt ist. Die ggf. notwendige **Überprüfung der Rechtmäßigkeit** obliegt dem jeweiligen **Landesministerium für Gesundheit und Soziales als zuständiger Aufsichtsbehörde.**

8. Wir nehmen aber Hinweise auf **Honorarverluste ernst**. Gemäß Berichten gibt es regional offenbar Probleme v.a. bei Gynäkologen, Augenärzten, Hautärzten und manchen Orthopäden. Insbesondere kommen Briefe aus denjenigen Regionen, in denen die Kassenärztlichen Vereinigungen **nicht umfassend informieren bzw. wo die Honorarverteilung noch nicht vollständig und transparent erfolgt ist**. Vordringliche Aufgabe der KVen ist es jetzt, die Ärzte unmittelbar über die **richtige Interpretation ihrer Honorarbescheide** aufzuklären und ihnen vor allem auch mitzuteilen, welche Leistungen im neuen Vergütungssystem zusätzlich und **außerhalb** der vereinbarten **Leistungsmenge**, den sogenannten **Regelleistungsvolumina**, vergütet werden.

Bei einigen Arztgruppen sind das **erhebliche Honoraranteile**, bis zur Hälfte und mehr. Z.B. werden Präventionsleistungen, Leistungen der Mutterschaftsvorsorge und ambulante Operationen dem Arzt immer voll vergütet. Zudem erhalten die Ärzte Honorare aus Sonderverträgen nach den §§ 73b und c; außerdem werden überall - anders als bisher - Mehrleistungen, die über die vereinbarten Mengen hinausgehen, zumindest mit abgestaffelten Preisen vergütet.

9. Für die einzelne Praxis kommt es auf das **Gesamtbild** an und **nicht auf die Vergütungshöhe einzelner, ausgewählter Leistungen**. Auch insofern ist zu erwarten, dass sich für sehr viele Praxen die Gesamtsituation deutlich besser darstellt, als dies gegenwärtig kommuniziert wird.
10. Am 15. Januar 2009 hat die Selbstverwaltung auf Bundesebene eine Anpassung ihrer Vorgaben zur Umsetzung der Vergütungsreform beschlossen. Danach bekommt die regionale Selbstverwaltung für einen **Übergangszeitraum von 2 Jahren** zusätzliche Spielräume, um ggf. eintretende überproportionale Honorarverluste zu vermeiden. Zudem wurde beschlossen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendigen Daten und Informationen zeitnah zur Verfügung stellen.

Diese weiteren wie auch die schon vorhandenen Spielräume und die zusätzlichen Datengrundlagen müssen die Vertragspartner nun zeitnah und sachgerecht nutzen. Diese Transparenz ist notwendig. Wir werden das Geschehen als Bund weiterhin **genau beobachten**. Wir werden die **Selbstverwaltung auf allen Ebenen nicht aus der Verantwortung entlassen**, indiskutablen Verwerfungen bei der Honorierung ärztlicher Leistungen einzelner Arztgruppen oder innerhalb

einzelner Arztgruppen entgegenzuwirken. Wir werden weiterhin Gespräche mit den Partnern der Selbstverwaltung führen und darauf drängen, dass die Chancen dieses lernenden Systems ergriffen werden, und keine Arztgruppe unzumutbar benachteiligt wird.

Ergänzend habe ich noch eine fachliche Detailinformation zur Thematik beigefügt.

Mit freundlichen Grüßen

A handwritten signature in black ink, reading "Allo Amidi". The signature is written in a cursive style with a prominent loop at the end of the last name.

Anlage

Anlage:**Fachinformation zu praxisbezogenen Honorarwirkungen der Vergütungsreform bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten**

- Mit einer solch grundlegenden Reform sind immer auch **Unsicherheiten bei den Betroffenen** verbunden. Auch kann es gerade zu Beginn der Umsetzung eines solch grundlegenden Reformvorhabens noch zu Fehlern und Schief lagen kommen, welche Schritt für Schritt zu beseitigen sein werden. Es handelt sich hier also um ein „**lernendes System**“ welches im Jahr 2009 von Quartal zu Quartal besser funktionieren dürfte.

- Das **vor allem in der Kritik stehende Regelleistungsvolumina (RLV)** ist lt. Gesetz „die von einem Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen“ zu vergüten ist. Darüber hinausgehende Leistungen sind mit abgestaffelten Preisen zu vergüten. Die RLV sind ein **Instrument zur Mengensteuerung**, mit dem verhindert werden soll, dass die Ärzte medizinisch nicht erforderliche Leistungen erbringen.

- Die Höhe der RLV sind nach einem vom Bewertungsausschuss vorgegebenen Rechenschema unter Verwendung aktueller regionaler Honorar- und Abrechnungsdaten zu ermitteln. Grundsätzlich ergibt es sich nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses aus dem durchschnittlichen regionalen Fallwert der Arztgruppe und der Fallzahl des Arztes aus dem Vorjahr. Generell darf der bei der Berechnung des RLV verwendete Fallwert dabei nicht gleichgesetzt werden mit einer dem Arzt pro Fall maximal gezahlten Vergütung. Vielmehr handelt es sich bei den Fallwerten um eine kalkulatorische Größe, mit deren Hilfe das einem Arzt im Quartal insgesamt zur Verfügung stehende RLV berechnet wird.

- Zu beachten ist auch, dass der Bewertungsausschuss der regionalen Ebene bei der Ermittlung der RLV eine Reihe von Gestaltungsspielräumen gelassen hat (s.u.). Die **Feststellung der konkret anzuwendenden Berechnungsformel unter Verwendung der regionalen Daten für die Zuweisung der RLV obliegt den regionalen Vertragspartnern gemeinsam**; die Zuweisung der RLV an die Arztpraxis obliegt der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung. **Das BMG kann darauf keinen Einfluss nehmen und aus der Ferne auch nicht beurteilen, ob die Ermittlung der RLV durch die regionale Ebene entsprechend der Vorgaben des Bewertungsaus-**

schusses und auf Grundlage der richtigen Daten erfolgt ist. Die ggf. notwendige Überprüfung der Rechtmäßigkeit obliegt dem jeweiligen Landesministerium für Gesundheit und Soziales als zuständiger Aufsichtsbehörde.

- Grundlage für die Berechnung der RLV ist die Höhe der insgesamt regional vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen. Da es **nach der Simulation** des InBA auch im Bereich der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in allen KVen zu einem Honoraranstieg kommt (s.o.), erscheinen **Honorarverluste auf breiter Front in diesem Bereich nicht plausibel**. Hier ist es vordringliche Aufgabe der regionalen Vertragspartner, der KVen sowie ggf. der zuständigen Aufsichtsbehörden, zeitnah für die notwendige Transparenz zu sorgen.
- Soweit von Ärzten ein zu geringer Fallwert innerhalb der RLV kritisiert wird, ist zu beachten, dass es hier offenbar vielfach zu **Fehlinterpretationen** kommt: So werden z.T. offenbar Fallwerte aus den alten Honorarverteilungsregelungen mit den neuen – z.T. niedrigeren - RLV-Fallwerten verglichen, ohne zu berücksichtigen, dass eine Reihe von Leistungen nach der neuen Systematik nunmehr extrabudgetär vergütet werden, während sie nach den alten Regelungen z.B. aus den bisherigen Individualbudgets bzw. "alten" Fallwerten zu finanzieren waren. Wird dieser Effekt richtig berücksichtigt, so zeigt sich, dass die Fallwerte für die relevanten Leistungen oftmals nicht sinken sondern im Gegenteil ansteigen. Auch diesbezüglich ist es vordringliche **Aufgabe der KVen, die Ärzte zeitnah über die richtige Interpretation ihrer Honorarbescheide aufzuklären und ihnen auch mitzuteilen, welche Leistungen im neuen Vergütungssystem außerhalb der RLV vergütet werden**. Laut gesetzlicher Vorgabe (vgl. § 87b Abs. 5) ist eine solche Mitteilung an die Ärzte ohnehin eine verpflichtende Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigung.
- Soweit es in einigen Regionen tatsächlich zu einem Absinken der Fallwerte kommt, so ist zu analysieren, woher dieser Effekt genau herrührt. Eine mögliche Erklärung liegt darin, dass in einigen KVen offenbar ein sehr hoher Honoraranteil für sogenannte Rückstellungen und Vorwegabzüge verwendet wird. Laut Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses werden Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben, zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten, zur Berücksichtigung steigender Arztzahlen, für die Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten und zum Ausgleich möglicher Fehlschätzungen gebildet. Zudem muss die KV 3 v.H. der Honorarsumme für die Vergütung von abgestaffelten Leistungen zurückhalten. Weitere Honorarsummen sind für solche Leistungen zu reservieren, welche im Rahmen der

morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zu vollen Preisen außerhalb der RLV zu vergüten sind. Während die Höhe dieser Vorwegabzüge lt. Beschluss des Bewertungsausschusses aus den entsprechenden Zahlungen des Jahres 2007 zu bestimmen ist, trifft der Bewertungsausschuss zur Höhe der o.g. Rückstellungen keine entsprechend strikten Vorgaben, d.h. **es liegt in der Verantwortung der regionalen Vertragspartner und der KVen, über eine sachgerechte Höhe dieser Rückstellungen zu entscheiden.**

- Insgesamt kann erwartet werden, dass der finanzielle Bedarf für Rückstellungen im Zeitablauf immer „passgenauer“ abgeschätzt werden kann, so dass die sich ggf. daraus ergebende Verwerfungen nachlassen dürften.
- Nach **ersten Rückmeldungen** von einzelnen KVen an die KBV **fließen offenbar nur rd. 70 v.H. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen in die RLV**, in einzelnen KVen sogar nur 50 v.H. oder 60 v.H.. D.h. 30 v.H. – 50 v.H. der Vergütungen fließen in Rückstellungen und Vorwegabzüge. Generell gilt: Auch diese Gelder **kommen den Ärzten früher oder später zu Gute**, da sie an bestimmte Ärzte ausgezahlt werden. **Je höher die Rückstellungen und Vorwegabzüge sind, desto niedriger ist aber zunächst die Honorarsumme, die zur Berechnung der RLV zur Verfügung steht und desto niedriger ist auch das RLV, welches den einzelnen Ärzten in den Honorarbescheiden mitgeteilt wird.** Es ist Aufgabe der regionalen Ebene, die Rückstellungen transparent und in einer nachvollziehbaren Höhe festzulegen und die Ärzte darüber zu informieren. Auch ist es Aufgabe der KVen, darüber zu informieren, **welche Honorare**, d.h. welche Zahlungen an welche Ärzte zu welchem Zeitpunkt, **aus den Rückstellungen und Vorwegabzügen zu erwarten sind.**
- Um eine sachgerechte und faire Bewertung der ärztlichen Honorare im Jahr 2009 vornehmen zu können, müssen **alle GKV-Honorarbestandteile in die Betrachtung einbezogen werden. Eine Betrachtung, die sich nur auf die Höhe des einem Arzt / einer Praxis zugewiesenen RLV beschränkt, greift in jedem Fall zu kurz:**
 - o **Ärzte erzielen einen erheblichen Honoraranteil – nach der Simulation des InBA bundesweit fast 20 v.H. ihres Gesamthonorars – mit Leistungen, die komplett außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen als Einzelleistungen vergütet werden (ambulante OPs, belegärztliche Leistungen, Geburtshilfe, Mutterschaftsvorsorge, Früherkennungs- und Präventionsleistungen, neue Leistungen).**

- Weitere Einnahmen erzielen die Ärzte aus Leistungen, welche zwar **aus den morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen** vergütet werden, aber welche hier nicht unter die Mengensteuerung über RLV – und damit unter die Abstufelung – fallen. Auch diese Leistungen werden somit voll **als Einzelleistungen** vergütet, d.h. der Arzt erhält dafür immer den vollen Preis aus der Euro-Gebührenordnung. Dies gilt z.B. für genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie, Leistungen im organisierten Notfalldienst, dringende Besuche, von Nicht-Radiologen erbrachte diagnostische Radiologieleistungen, Akupunkturleistungen, bestimmte Schmerztherapieleistungen, Leistungen der Empfängnisregelung, Laborleistungen, histologische Leistungen und Sachkostenpauschalen.

- Die Ärzte erhalten für die Leistungen, welche dem RLV unterliegen, **nach Überschreiten des RLV abgestaffelte Preise**. Die vielfach getroffene die Behauptung, die Leistungen würden dann gar nicht mehr vergütet, ist somit falsch. Lt. Beschluss des Bewertungsausschusses ist hierfür ein Vergütungsvolumen in Höhe von 3 v.H. der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen zurückzubehalten (s.o.).

- Schließlich erhalten die Ärzte ggf. Einkünfte aus **Nach- oder Ausgleichszahlungen**
 - zum **Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten**,
 - bei genehmigten **Ausnahmen von der Abstufelung** (Vertretungsfälle, Übernahme von Patienten im Falle einer Zulassungsrückgabe),
 - bei sich ergebenden **Praxisbesonderheiten** sowie
 - im Falle eines **unvorhersehbaren Anstiegs der Morbidität**.

- Nicht zuletzt erzielen die Ärzte weitere **Einnahmen aus GKV-Sonderverträgen** (Einzelverträge, DMP, integrierte Versorgung etc.).

- Zu der sich für die einzelnen Arztgruppen ergebende Aufteilung des Honorars auf diese einzelnen GKV-Einkommensarten liegen dem BMG z.Zt. keine flächen-deckenden Daten vor; **nach derzeit vorliegenden Informationen entfallen aber in einzelnen Arztgruppen nur rd. 30 bis 70 v.H. der Honorare auf die Regelleistungsvolumina**, d.h. einige Arztgruppen erzielen den überwiegenden Teil ihrer Einnahmen (bis zu 70 v.H.) offenbar aus "ausgedeckelten" Leistungen.

Spielräume der KV bei der Ausgestaltung des Vergütungssystems

Trotz der zwingend zu beachtenden Vorgaben der Bundesebene hat die **regionale Ebene** auch im neuen Vergütungssystem **zahlreiche Spielräume**, welche sie in die Lage versetzen, ungewollte Honorarverwerfungen und überproportionale Honorarverluste und somit auch negative Auswirkungen auf die Versorgung der Versicherten zu vermeiden:

- Die regionalen Vertragspartner können **zusätzliche Leistungen ausdeckeln** und somit vereinbaren, dass diese Leistungen nicht unter die Mengensteuerung über RLV fallen.
- Für bestimmte Leistungen können **Vergütungszuschläge** vereinbart werden.
- Die KVen können Modifikationen bezüglich der **Arztgruppen** vornehmen, für die nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses die arztgruppenbezogenen RLV festzulegen sind. Z.B. können Arztgruppen weiter differenziert werden, wenn eine Arztgruppe besonders heterogen ist. Umgekehrt können aber auch mehrere Arztgruppen zu größeren Gruppen zusammengefasst werden, wenn dies in der Region sachgerechter ist. Solche Maßnahmen können insbesondere dazu beitragen, ggf. sonst auftretende ungewollte Honorarverschiebungen innerhalb einer Arztgruppe zu vermeiden.
- Auf **Antrag eines Arztes** kann die KV genehmigen, **dass dieser von der Mengensteuerung über RLV bzw. der damit verbundenen Abstaffelung ausgenommen wird**, d.h. dass er Leistungen über sein RLV hinaus mit den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet bekommt. Dies ist z.B. möglich, wenn es bei einem Arzt zu einer außergewöhnlichen Zunahme der behandelten Versicherten gekommen ist.
- Auch beim Vorliegen von **Praxisbesonderheiten** können Ausnahmeregelungen zu Gunsten des Arztes getroffen werden. Lt. Beschluss des Bewertungsausschusses liegen Praxisbesonderheiten vor, wenn ein Arzt den durchschnittlichen Fallwert seiner Arztgruppe um 30 v.H. überschreitet. Über das Verfahren zur Umsetzung dieser Regelung entscheiden die regionalen Vertragspartner.
- Im Beschluss wird vorgegeben, dass KVen im Einvernehmen mit den Krankenkassen **befristete Ausgleichszahlungen** an Arztpraxen leisten können, **wenn sich deren Honorar um mehr als 15 v.H. gegenüber dem Vorjahresquartal vermindert** und die Honorarminderung auf die neue Vergütungssystematik zurückzuführen ist (gerade

dafür hat die KV ja Rückstellungen zu bilden). Die Kriterien dafür sind von der regionalen Ebene festzulegen.

Verantwortung des Bewertungsausschusses

- Aber auch der Bewertungsausschuss ist weiterhin in der Verantwortung, zeitnah und stetig zu überprüfen, inwieweit ggf. Anpassungen an seinem Beschluss zur Ausgestaltung der Regelleistungsvolumina vorzunehmen sind. Die Frage nach der Notwendigkeit von **Anpassungen** stand auch auf der Tagesordnung der Sitzung des **Erweiterten Bewertungsausschusses am 15. Januar 2009**. In dieser Sitzung hat der Erweiterte Bewertungsausschuss beschlossen, dass der regionalen Ebene für einen **Übergangszeitraum von 2 Jahren** noch **größere Spielräume** gegeben werden, überproportionale Honorarverluste zu vermeiden. Zudem wurde ein Beschluss gefasst, der sicherstellt, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die notwendigen Daten und Informationen zeitnah zur Verfügung stellen. Das BMG wird die Beschlüsse zeitnah prüfen und den anhaltenden Diskussionsprozess weiterhin aufmerksam verfolgen und – falls erforderlich – auf sachgerechte Lösungen im Bewertungsausschuss hinwirken.