

Wie bekommt der Arzt sein Geld?

Von Burkhard Bratzke Arzt für Dermatologie und Venerologie, Allergologie

Arzneimittelbudget, Richtgrößen, Leistungsbeschränkung, Sachleistungsprinzip, Gesamtbudget - wer nicht in diese Fachausdrücke aus der gesetzlichen Krankenversicherung eingeweiht ist, dem kann der Kopf nur schwirren.

Sicherlich interessiert Sie: **Wie bekommt der Arzt sein Geld?** Wie ein Handwerker? Schreibt er die erbrachten Leistungen und Untersuchungen auf eine Rechnung (Ihren Krankenschein), reicht diese bei der Krankenkasse ein und erhält die Leistungen bezahlt? Wenn es so wäre, wäre es schön und niemand würde über unzureichende ärztliche Honorierung klagen. Das System der Bezahlung ärztlicher Arbeit der Kassenärzte ist mehr als kompliziert; das Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz, kurz GMG genannt, wird für weitere Änderungen sorgen. Nachfolgend bemühe ich mich, Ihnen dieses Vergütungssystem auf dem heutigen Stand zu erklären.

Sachleistungsprinzip, Kostenerstattung und Eigenanteil

Die **direkte Bezahlung** ärztlicher Leistungen durch den Patienten oder seine Versicherung ist **die Regel bei Privatpatienten**. Privat Versicherte zahlen die Kosten für Behandlung und Medikamente zunächst selbst und erhalten sie später von Ihrer Versicherung erstattet. Versicherte einer gesetzlichen Krankenkasse müssen kein Geld vorstrecken, sie erhalten Behandlungen, Untersuchungen und Medikamente als **Sachleistung**. Privatversicherte können jedes Jahr eine vorher vertraglich vereinbarte Summe selbst bezahlen (Selbstbehalt). Erst Beträge darüber hinaus werden von den Kassen erstattet. Dadurch kann der Versicherungsbeitrag niedriger werden, so wie mit unterschiedlichem Selbstbehalt in der Auto-Vollkasko. Kassenversicherte müssen je Medikament, Massage, Krankenhaustag etc. einen Kostenanteil zahlen. Dessen Höhe wird vom Gesetzgeber festgelegt. Im **GMG** (SGB V §13) wird jedem gesetzlich Versicherten das Recht zugestanden die **Kostenerstattung statt der Sachleistung zu wählen**. Für ein Jahr bezahlt der Versicherte dann gegen Rechnung alle ambulanten Leistungen zunächst selbst. Nach Einreichen der Rechnungen erstattet die Krankenkasse jenen Kostenanteil, der bei direkter Abrechnung durch die Ärzte bezahlt worden wäre. Da die Krankenkassen diese Rechnungen nicht auf sinnvolle und wirtschaftliche Leistungen überprüfen, wird von jeder Rechnung für die „fehlende Wirtschaftlichkeitsprüfung“ ein Teil nicht erstattet. Diese Regelung gilt in Zukunft auch für alle im Ausland in durchgeführten Behandlungen. Die 10 Euro „Praxisgebühr“ sind dabei in der Rechnung automatisch enthalten. Wer die Kostenerstattung wählt, muß direkt in der Praxis keine Praxisgebühr bezahlen.

Kostenerstattung:

Der Patient bezahlt die Rechnung selbst und erhält von seiner Versicherung die Kosten erstattet. Der Eigenanteil kann vertraglich frei gestaltet werden.

Sachleistung:

Der Patient erhält medizinisch notwendige Leistungen direkt. Er muss sie nicht selbst bezahlen. Sein Eigenanteil wird vom Gesetzgeber festgelegt

Sicherstellungsauftrag:

Auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherungen dürfen kranke Menschen in Deutschland selbständig nur von Ärzten und Psychotherapeuten behandelt werden. Für dieses Monopol mussten sich die Ärzte verpflichten, sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen der ambulanten Versorgung flächendeckend in ganz Deutschland bereit zu stellen. Die Organisation diese flächendeckenden Angebotes und die Garantie für deren Qualität übernehmen die **Kassenärztlichen Vereinigungen (KV)**. Werden neue Behandlungsformen als sinnvoll und medizinisch notwendig anerkannt, sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, diese in Deutschland einzuführen und zu finanzieren. Was in der ambulanten Behandlung als sinnvoll und notwendig anerkannt wird, entscheidet ein von Ärzten und Kassen besetzter Bundesausschuss. In Zukunft (§91) soll dieser Ausschuss durch Krankenhausbesitzer (Deutsche Krankenhausgesellschaft) erweitert werden. Für die Einführung neuer Techniken werden die Kassenzahlungen nicht automatisch erhöht. Viele Neuerungen müssen die Ärzte aus eigener Tasche finanzieren. Nach dem GMG (§116) sollen für spezielle Leistungen auch Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung befugt werden. Qualitätskontrolle, Leistungsangebot und Zugangsberechtigung der Versicherten gelten dann nicht mehr für Versicherte aller Kassen gleichermaßen, die Qualitätskontrolle übernehmen die Krankenkassen.

Sicherstellungsauftrag:

Nur Ärzte dürfen Kassenpatienten behandeln. Dafür müssen sie garantieren, überall in Deutschland für eine ausreichende medizinische Versorgung in Arztpraxen zu sorgen. Dies organisiert die Kassenärztliche Vereinigung (KV)

Kopfpauschale:

Die einzelnen gesetzlichen Krankenkassen zahlen eine **einmalige jährliche Pauschale** pro Versicherten an die Ärzteschaft. Diese Pauschale wird ausschließlich für Beitragszahler, also den oder die **„Hauptversicherte“** bezahlt. Für mitversicherte, aber nicht beitragszahlende Familienangehörige (Kinder, nicht arbeitende Ehepartner) wird keine Kopfpauschale bezahlt. Die **Kopfpauschale** ist also die Bezahlung für die ambulante Behandlung einer ganzen Familie in einem Jahr. Je nach Krankenversicherung liegt sie zwischen rund **240,-** (BKK Thüringer Energie in Hamburg) und **600,- Euro** (Deutsche Angestellten Krankenkasse in Hamburg) **je Familie und Jahr**. Es ist dabei egal ob die Familie in diesem Jahr viele oder wenige Praxen aufsucht, ob sie aus nur einem einzelnen Menschen oder vielen Verwandten besteht. Für ein und dieselbe Kasse sind diese Jahrespauschalen bundesweit uneinheitlich. So liegt die Kopfpauschale der oben erwähnten Deutschen Angestellten Krankenkasse in Berlin bei rund **530 Euro**, die der BKK Thüringer Energie ist in Berlin mit rund **250 Euro** der Hamburger Pauschale gleichwertig. Diese Jahrespauschale wird an die **Gesamtheit aller Kassenärzte in ganz Deutschland einmalig** bezahlt. Empfänger des Geldes ist die Verwaltung der Kassenärzte eines Bezirks, die kassenärztliche Vereinigung. Sie übernimmt die Verteilung des Geldes auf die einzelnen Ärzte. Als

Kopfpauschale:

Die gesamte Behandlung eines Hauptversicherten und seiner mitversicherten Familie einschließlich aller technischen und Laboruntersuchungen in allen Arztpraxen zusammen für ein Jahr wird durch eine einmalige Pauschale abgedeckt. Die Sozialgesetze bestimmen eine Obergrenze für eine Erhöhung. Die Kopfpauschale darf nur so wie der durchschnittliche jährliche Anstieg aller Löhne in Deutschland (Lohnsummensteigerung) erhöht werden

Sparmaßnahme im Gesundheitswesen hat der Gesetzgeber bestimmt, dass die Kopfpauschale höchstens um den Anstieg der Lohnsumme in Deutschland erhöht werden darf. Genauere Information zu den Kopfpauschalen hat die KV Hamburg unter [www. billigwirdteuer.de](http://www.billigwirdteuer.de) ins Internet gestellt.

Höhe der Kopfpauschale:

Bereits unter dem früheren Gesundheitsminister Seehofer wurden die Ausgaben einzelner Kassen festgeschrieben. Zu einem Stichtag **im Jahr 1991** wurden die zu diesem Zeitpunkt von den einzelnen Krankenkassen bezahlten ärztlichen Leistungen als Standardbetrag festgelegt. Eine Krankenkasse, die zu diesem Zeitpunkt überwiegend junge und gesunde Mitglieder hatte und dementsprechend nur eine geringe Summe Geld für ärztliche Behandlung ausgeben musste, behielt diesen geringen Ausgabensatz. Eine Krankenkasse, die zu diesem Stichtag einen hohen Anteil kranker und

alter Menschen zu versorgen hatte, hatte dadurch einen hohen Ausgabenrahmen; auch dieser wurde festgeschrieben. Die Höhe der Kopfpauschale wird einmal jährlich zwischen den zuständigen KVen und den Krankenkassen verhandelt. Es ist **gesetzlich verboten, diese Pauschale auf einen möglicherweise notwendigen Bedarf zu steigern**. Allerhöchstens darf die Kopfpauschale um den durchschnittlichen Lohnanstieg in Deutschland steigen. Die gesetzliche Einschränkung der Tarifverhandlungen zwischen Ärzten und Krankenkassen hat dazu geführt, dass einzelne Krankenkassen unverändert hohe Jahrespauschalen und andere Krankenkassen trotz gleicher Behandlung ihrer Versicherten viel niedrigere für die gesamte jährliche Behandlung einer Familie bezahlen müssen. Wechselt ein Versicherter von einer Kasse mit hoher Pauschale in eine Kasse mit niedriger, wird für ihn nur noch die neue, geringere Pauschale gezahlt. Diese gesetzliche Ausgabenbeschränkung erleichtert es den Krankenkassen, mit günstigeren Tarifen zu werben. **Die Krankenkassen nicht sind verpflichtet, die ambulant angefallenen Behandlungen in genau der gleichen Höhe und Weise zu bezahlen wie teurere Konkurrenzassen.** Da das Sachleistungsprinzip für Kassenpatienten unabhängig von ihrer Versicherung gilt, ist es den niedergelassenen Ärzten untersagt, Unterschiede in der Behandlung der Patienten trotz der extrem unterschiedlichen Vergütung zu machen.

Höhe der Kopfpauschale

Die durchschnittlichen Ausgaben einer Kasse pro Versicherten im Jahr 1991 wurde als Ausgabenobergrenze dieser Versicherung für die Zukunft festgelegt. Steigt der medizinische Bedarf der dort Versicherten, z.B. durch Alter, wird die Kopfpauschale nicht angepasst. Wechselt ein Versicherter die Kasse, wird die Pauschale der neuen Versicherung gezahlt

Zahlungsort der Kopfpauschale

Die Kopfpauschale wird von der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und an die Ärztegemeinschaft (KV = Kassenärztliche Vereinigung) des Zuständigkeitsgebietes der Krankenkasse gezahlt. Bei Ersatzkassen, Innungskrankenkassen (IKK) und Betriebskrankenkassen (BKK) geht die Zahlung an die KV des Wohnbezirkes des Versicherten.. Die Gesamtvergütung eines KV-Bezirktes ist die Summe aller für von einer KV eingenommen Gelder.

Wer erhält die Kopfpauschale:

Die einmalige Jahrespauschale wird bei den **Allgemeinen Ortskrankenkassen** an die Ärzteschaft des **Sitzes der AOK** gezahlt. Die AOK Berlin zahlt also an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin. Die **Ersatzkassen** (Barmer, DAK, usw.), Innungskrankenkassen (IKK) und Betriebskrankenkassen (BKK) zahlen die Kopfpauschale nach dem **Wohnortprinzip**. Empfänger der Geldzahlung ist die Kassenärztliche Vereinigung des **Wohnortes des Patienten**,

nicht die Kassenärztliche Vereinigung des Ortes, wo er zum Arzt geht. Für jene 40.000 ehemaligen Berliner, die in die neuen Wohnsiedlungen im Berliner Umland nach Brandenburg gezogen sind wird also an die Brandenburger Ärzte bezahlt, auch wenn die Umgezogenen weiter in Berlin arbeiten und weiter in Berlin ihre ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen.

Alle Zahlungen, die an eine KV von den Kassen für die Verteilung an die Ärzteschaft gezahlt werden, bilden zusammen die Gesamtvergütung. Die **Gesamtvergütung ist unabhängig von der Zahl der Patienten**, sie verändert sich nur durch die Zahl der Hauptversicherten und ihre Kassenzugehörigkeit. Die ab Januar 2004 in den Arztpraxen eingezogene „**Praxisgebühr**“ von **10 Euro muss an die Krankenkassen abgeführt werden**, sie bleibt nicht bei den Ärzten. Die Kopfpauschale der Kasse vermindert sich also um den vorab in den Praxen gezahlten Anteil.

Fremdkassenausgleich:

Für die an einem anderen Ort als dem Zahlungsort erbrachten medizinischen Untersuchungsleistungen kann von der Ärzteschaft eines anderen Versorgungsbezirkes eine Bezahlung angefordert werden. In diesem System werden allerdings ausschließlich tatsächlich durchgeführte Behandlungen bezahlt. Dieser Ausgleich wird von den **Kassenärztlichen Vereinigungen** organisiert. Die Kassenärztlichen Vereinigungen ermöglichen es also, das ein in der BKK Thüringer Energie versicherter Hamburger Bürger ohne weiteres einen Münchener Arzt mit seiner Chipkarte aufsuchen kann und dort „auf Karte“ behandelt wird. Die Kopfpauschale für Versicherte, die ein ganzes Jahr keine Ärzte aufgesucht haben, verbleibt bei der empfangenden Kassenärztlichen Vereinigung. Während die Kopfpauschale auch dann bezahlt wird, wenn der entsprechende Versicherte überhaupt nicht beim Arzt war, gibt es beim Fremdkassenausgleich Geld ausschließlich für tatsächlich erbrachte medizinische Leistungen.

Fremdkassenausgleich

Für eine Behandlung woanders als am Zahlungsort der Kopfpauschale können die Kosten der Behandlung von der KV der behandelnden Ärzte der andern KV in Rechnung gestellt werden. Der Rest der Pauschale bleibt beim ursprünglichen Geldempfänger, auch wenn dort keine Behandlung stattfindet. Organisation und Kosten des Ausgleichs tragen die Kven selbst

Zusammengefaßt:

Für eine **Jahrespauschale** sind die Kassenärzte verpflichtet, **sämtliche medizinisch notwendigen Leistungen** für die Patienten durchzuführen. Werden durch technischen Fortschritt, neue Krankheitsbilder oder durch längere Lebensdauer mehr medizinische Leistungen notwendig, steigt die Bezahlung für die ärztlichen Leistungen nicht automatisch an.. Die Jahrespauschale wird nur nach den Beitragszahlern berechnet. **Für beitragsfrei mitversicherte Familienangehörige wird keine Kopfpauschale gezahlt.** Nach Gesetz darf die Kopfpauschale jährlich höchstens um die Steigerung der Lohnsumme erhöht werden. Die **Krankenkassen** zahlen unabhängig vom medizinischen Bedarf ihrer Versicherten **unterschiedliche Jahrespauschalen**. Wechselt ein Versicherter die Kasse, wird trotz gleicher Krankheit und gleichen medizinischen Bedarfes eine andere Jahrespauschale gezahlt. Die Pauschale wird an die Ärzteschaft des Wohnortes des Versicherten bezahlt, nicht an die Ärzteschaft, bei der er tatsächlich in Behandlung ist. Die kassenärztlichen Vereinigungen rechnen

untereinander für erbrachte Leistungen bei fremden Patienten ab. Die 10 € Praxisgebühr führen die Ärzte an die Krankenkassen ab

Abrechnung und "Punkte"

Die Verwaltung der Kassenärzte ist die **Kassenärztliche Vereinigung (KV)**. Die KV ist eine "**Körperschaft öffentlichen Rechts**" und damit Teil der **öffentlichen Verwaltung**. Sie untersteht der Aufsicht des zuständigen Gesundheitsministers und ist keine politische Interessenvertretung der Kassenärzte. Sie übernimmt die Abrechnung der Behandlungskosten. Die Kosten der KV zahlen die Ärzte selbst. Der einzelne Arzt führt die von ihm erbrachten Leistungen auf dem Krankenschein an, bzw. gibt sie bei Benutzung der Chipkarte in den Computer ein. Mit dieser Leistungsabrechnung erhält er seinen Anteil an der Gesamtvergütung. **Jede Krankenkasse erhält eine genaue Aufstellung der für jeden ihrer Versicherten abgerechneten Leistungen und Diagnosen.** Um die Intimsphäre des Pati-

enten zu schützen und das Ärztegeheimnis nicht gegenüber anonymen Mitarbeitern der Krankenkassen zu durchbrechen, erhalten die Kassen die zu den einzelnen Leistungen gehörenden Patientennamen getrennt von der Leistungsaufstellung und den Patientendiagnosen. Technisch möglich aber datenschutzrechtlich verboten ist es den Kassen diese Dateien zusammenzuführen. Für Krankenhausbehandlungen erhalten die Kassen hingegen Namen, Diagnosen und Liegedauer zusammen, jedoch keine Informationen über die durchgeführten Leistungen.

Abrechnung

Die Kassenärztliche Vereinigung ("**KV**") verwaltet die von den Kassen eingehenden Kopfpauschalen und verteilt sie auf die Ärzte des KV-Bezirktes. Der einzelne Arzt rechnet seine Leistungen gegenüber der KV ab. Die Abrechnung erfolgt in Punkten, nicht in Euro. Die Punkte je Leistung sind im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) verbindlich festgeschrieben. Nur im EBM aufgeführte Leistungen dürfen auf Krankenschein erbracht werden. Im Verhältnis zu seinen abgerechneten Punkten erhält der einzelne Arzt seinen Anteil an der Gesamtvergütung aller Kassen

Im für alle Kassenärzte verbindlichen **EBM** (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) ist für jede Untersuchung und Behandlung eine Kennziffer (EBM-Nr) und eine Punktzahl festgelegt. Diese Punkte sollen die Vergleichbarkeit völlig verschiedener medizinischen Leistungen ermöglichen. So ist zum Beispiel die Operation eines Tumors im Gesicht (EBM 2102) 400 Punkte und damit doppelt soviel "wert" wie eine kryochirurgische Operation im Enddarm (EBM 374, 200 Punkte). Ein Hausbesuch (EBM 25) ist 400 Punkte "wert". Leistungen, die nicht im EBM aufgeführt sind, dürfen in den Arztpraxen nicht auf Krankenschein abgerechnet werden, selbst wenn sie medizinisch sinnvoll sind. Zum Ende eines Abrechnungs-Viertel-Jahres (Quartal) werden die von allen Ärzten erbrachten und abgerechneten Leistungen zusammengezählt und ihre Gesamtpunktmenge berechnet.

Punktwert:

Die Gesamteinnahmen einer KV setzen sich aus der Zahl der erhaltenen Kopfpauschalen zusammen. Nach Abzug von Vorkosten z.B. für die Verwaltung und Abrechnungskosten kann das restliche Geld - das Gesamthonorar- an die einzelnen Ärzte verteilt und ausgezahlt werden. Der Zahlbetrag einer einzelnen Kasse steht vorher fest, denn er ergibt sich aus der gesetzlichen Vorgabe: **Kopfpauschale x Hauptversicherungszahl = Vergütung**. Da die Kopfpauschalen der einzelnen Krankenkassen

unterschiedlich hoch sind und das Verhältnis beitragsfreier Familienmitglieder zu beitragszahlenden Hauptversicherten ständig wechselt, schwankt der Zahlbetrag. Auch die abgerechneten Punkte ändern sich von Quartal zu Quartal. Die Summe aller von allen Ärzten eines KV-Bezirktes für alle Patienten zusammen innerhalb eines Quartals erbrachten medizinischen Leistungen in Punkten ergeben die **Gesamtpunktzahl**. Das Gesamthonorar wird in jedem Quartal durch die Gesamtpunktzahl geteilt. Das Ergebnis ergibt den **Punktwert**. Dieses Berechnungsverfahren wird für zwei Kassenarten, die **Ersatzkassen (Barmer, TK, etc)** und die **Primärkassen (AOK, IKK, BKK)** getrennt durchgeführt. Da zwischen den Zahlungen einer Kassenart und den für die Mitglieder dieser Kassenart erbrachten Leistungen Unterschiede bestehen, werden verschiedene Punktwerte für Primärkassen und Ersatzkassen bezahlt. **Fast immer liegt der Ersatzkassenpunktwert wesentlich höher.** Ersatzkassen zahlen also für die einzelne ärztliche Behandlung im Durchschnitt mehr als die Primärkassen.

Punktwert:

Medizinische Leistungen werden in Punkte umgerechnet. Die Gesamtsumme aller Kassenzahlungen wird durch die Summe aller Punkte geteilt. Das Ergebnis ist der Punktwert. Er liegt in Berlin meist zwischen **3 und 5 €-Cent**. Für Primärkassen und für Ersatzkassen gelten unterschiedliche Punktwerte. Jede Arztgruppe erhält einen anderen Punktwert

Bei der ursprünglichen Berechnung des jetzt gültigen Punktsystems einzelner ärztlicher Leistungen im Jahr **1996** wurde von betriebswirtschaftlich damals sinnvollen **10 Pfennigen (5,11 €-Cent)** je Punkt ausgegangen (der Hausbesuch hätte also rund 40 DEM Umsatz gebracht). Da auf der einen Seite die Zahl der medizinisch notwendigen Leistungen und damit die Zahl der erbrachten Punkte gestiegen ist, auf der anderen Seite aber die Gesamtvergütung der Krankenkassen damit nicht Schritt hielt, ist der Punktwert unaufhörlich gesunken. Er liegt jetzt meist zwischen 3 und 5 €-Cent.

Fachgruppentöpfe

Durch Bundesgesetz muss seit Januar 2000 die Gesamtvergütung unabhängig von der Arztzahl und den erbrachten Leistungen nach einem festen Schlüssel zu einem **vorab bestimmten Teil den Hausärzten zukommen** (Praktische Ärzte, Ärzte für Allgemeinmedizin, Kinderärzte und hausärztliche Internisten). Der Rest wird für die Bezahlung der Fachärzte und der psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten verwendet. Innerhalb dieser zwei großen Töpfe können für jede einzelne Arztgruppe (z.B. Fachärzte für Augenheilkunde, Fachärzte für Hautkrankheiten usw.) einzelne Untertöpfe festgeschrieben werden, dieser Honoraranteil ist dann der Fachgruppentopf. Alle Leistungen einer Fachgruppe werden aus diesem Topf bezahlt, Ausgleich mit anderen Fächern findet nicht statt. Dies soll verhindern, dass sich einzelne Arztgruppen durch geschicktes Taktieren auf Kosten anderer Arztgruppen einen ungerechten Anteil am be-

Fachgruppentöpfe

Jede Arztgruppe erhält aus der Gesamtvergütung einen festen Anteil. Ändert sich die Zahl der Ärzte, die Zahl der Behandlungen oder die Zahl der Patienten für diese Arztgruppe bleibt der Anteil an der Vergütung unverändert. Per Bundesgesetz muß die Vergütung zwischen Hausärzten und Fachärzten nach einem festen Schlüssel aufgeteilt werden. Die weitere Verteilung auf einzelne Arztgruppen kann in jeder KV anders gehandhabt werden.

schränkten Gesamthonorar holen; zum Beispiel technische Untersuchungen die sprechende Medizin austrocknen. Auch wenn eine Arztgruppe die Zahl der Untersuchungen ausweitet, so erhält sie immer nur dieselbe Gesamtsumme. Allerdings steigt die Bezahlung auch dann nicht an, wenn eine Krankheitswelle oder eine neue Krankheit einzelne Arztgruppen besonders beanspruchen und aus medizinischen Gründen mehr gearbeitet werden muss. Während die Spaltung in hausärztliche und fachärztliche Vergütung bundesweit Gesetz ist, kann die feinere Aufteilung auf einzelne Arztgruppen von der Ärzteschaft eines Bezirkes (KV) unterschiedlich vorgenommen werden. Da die insgesamt an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlte Geldmenge durch die gesetzliche beschränkte Kopfpauschale der einzelnen Kasse begrenzt wird, muss jede bessere Bezahlung einer Arztgruppe oder einer speziellen ärztlichen Leistung (z.B. für Psychotherapie) durch schlechtere Bezahlung einer anderen Arztgruppe oder einer anderen Leistung (z.B. für Röntgenuntersuchungen) „erkauft“ werden. So werden die **Berliner Fachärzte** aufgrund der Rechtsprechung der Sozialgerichte **mehrere Millionen € ihres Honorars an die nichtärztlichen Psychotherapeuten abführen** müssen, um deren Gesprächsleistungen zu bezahlen. Zwar genehmigen die Krankenkassen die einzelnen Psychotherapiebehandlungen, die Bezahlung dafür muss aber aus dem Honorar der Fachärzte erfolgen.

Fallwert

Da jede Arztgruppe einen festen Anteil am Gesamthonorar erhält, kann man das durchschnittliche Honorar je Patient errechnen. Dieser durchschnittliche **Fallwert** stellt den **durchschnittlichen Umsatz je Patient und Quartal** innerhalb einer Arztgruppe dar. Das Gesamthonorar der Kassen bleibt fest, auch wenn die Zahl der Patienten steigt. Auswirkungen von Krankenhausschließungen werden ebensowenig berücksichtigt wie Folgen einer Krankheitswelle, z. B. der Grippewelle 1999. Steigt die Zahl der Patienten an, fällt der durchschnittliche Umsatz je Patient. Der Arzt erhält also für dieselbe Arbeit weniger Geld. **Der Fallwert sinkt, wenn die Arbeit zunimmt.** Die Behauptung, durch Leistungsausweitung bei Ärzten sei es zur Kostenbelastung der Krankenkassen gekommen, ist also ein reines Fantasieprodukt. Weiter niedergelassene Ärzte ihr Leistungsspektrum aus, so führt es nicht zu Mehrausgaben der Krankenkassen, sondern lediglich dazu, dass ein größerer Anteil der erbrachten Leistung nicht mehr bezahlt wird und der Arzt je „Fall“ weniger Honorar erhält. Der „dermatologische Fallwert“ in Berlin liegt zur Zeit bei etwa 17€uro.

Falschabrechnung und Abrechnungsbetrug

Jeder Arzt gibt die von ihm erbrachten Leistungen selber auf dem Krankenschein an. Der Kranke kann diese Leistungsangaben nicht kontrollieren. Deshalb überprüft die Kassenärztliche Vereinigung die Abrechnungen aller Ärzte automatisch. Rechnet eine Arztpraxis mehr Leistungen ab als andere Ärzte derselben Fachgruppe bei vergleichbaren Patienten, wird das Honorar um den überstehenden Betrag gekürzt. Kann die Arztpraxis beweisen, dass tatsächlich besonders schwere „Fälle“ mit einem höheren medizinischen Bedarf versorgt wurden, kommt es nicht zur Kürzung des Honorars.

Falschabrechnung

Rechnet ein Arzt falsch ab, zahlen die Kassen nicht mehr Geld für den Patienten. Die andern ehrlichen Ärzte erhalten aber weniger Geld für Ihre Arbeit. Falschabrechnung schadet nur den anderen Kassenärzten, nicht den Krankenkassen

Wenn eine Arztpraxis zu viel oder falsch abrechnet, tritt bei der Krankenkasse kein Schaden auf. Denn die jährliche Kopfpauschale bleibt gleich. **Geschädigt**

werden die anderen, ehrlich abrechnenden Ärzte, denn für Sie bleibt weniger Geld aus dem beschränkten Gesamthonorar übrig. Schon deshalb sorgen die Ärzte selbst für eine sehr strenge Überprüfung der Abrechnungen. Mehr abzurechnen heißt also nicht, mehr Geld für die Ärzte, sondern nur einen höheren Teil des beschränkten Geldes für den einzelnen Arzt auf Kosten seiner Kollegen

Praxisbudgets:

Trotz dieses rigiden Systems hat das Geld im gesetzlichen Krankenversicherungssystem für viele Behandlungen nicht mehr ausgereicht. Viele Arztpraxen gingen dazu über, medizinisch nicht unbedingt notwendige, aber durchaus sinnvolle Behandlungen durchzuführen um sich einen größeren Anteil an dem beschränkten Kassenhonorar zu sichern. Durch immer mehr Arbeit bei festem Gesamthonorar war der einzelne Arzt gezwungen für die gleiche Geldsumme immer mehr zu arbeiten, das Hamsterrad rotierte. Um dieses Laufrad anzuhalten, wurden die sogenannten Praxisbudgets eingeführt. Es handelte sich dabei um eine beschränkte Bezahlung aller abrechnungsfähigen Leistungen. Je Patient (also je Krankenschein) erhielt jeder Arzt eine beschränkte Punktmenge vergütet. Die darüber hinaus abgerechneten Leistungen und Punkte wurden nicht bezahlt, sie verfielen ersatzlos. Lediglich über die Zahl der Patienten konnte der einzelne Arzt seinen Umsatz steigern, nicht mehr über die für den einzelnen Patienten abgerechneten Behandlungen. **Die Fachärzte für innere Medizin waren von dieser Budgetregelung ausgenommen.** Sie erhielten weiterhin jede einzelne Leistung bezahlt, wegen des stetigen Anstiegs der abgerechneten Leistungen aber zu einem immer geringeren Punktwert. Die Punktbudgets der übrigen Ärzte waren für jede Fachgruppe unterschiedlich. Zum Beispiel erhielt ein Berliner Hautarzt für ein Kassenmitglied höchstens 366 Punkte, also rund 17 Euro für drei Monate (ein Quartal) bezahlt, obwohl durchschnittlich Behandlungen im „Wert“ von **450** Punkten erbracht wurden

Praxisbudget, alte Regelung

Für jede Arztgruppe gilt eine Höchstpunktzahl für ärztliche Leistungen je Patient. Werden mehr Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt, als die Budgetobergrenze zulässt, wird der Überschuss ersatzlos gestrichen. Die Praxis erhält die Mehrarbeit nicht bezahlt. Das Fallbudget war für Primärkassen und Ersatzkassen gleich niedrig

Das **Bundessozialgericht** hat diese Praxisbudgets **aufgehoben** und für den Zeitraum nach dem **1.7.2003** ein anderes System gefordert. Auch für das neue Vergütungssystem verpflichtet das Bundessozialgericht die Ärzteschaft „**mengenbegrenzende Maßnahmen**“ einzuführen also eine irgendwie geartete Form der Budgetierung der Bezahlung weiter zu führen. In allen KV-Bezirken Deutschlands gab es deshalb zum Juli 2003 eine Anpassung der Honorarverteilung an die Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes. In unterschiedlichen Systemen kamen alle KV'en zu einer vergleichbaren Ergebnis: Jede Arztpraxis darf ihren Umsatz nur bis zu einer vorher fest bestimmten Grenze ausweiten, darüber hinaus abgerechnete Punkte werden nicht bezahlt. Unter dem Begriff Regelleistungsvolumina schreibt das GMG (§85) diese Form der Honorarverteilung für ganz Deutschland ab Mitte 2004 verbindlich vor

Praxisbudget, neue Regelung

Jede Praxis erhält höchstens noch den Umsatz des vergangenen Jahres (2002). Werden in der Praxis mehr Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt, als die Budgetobergrenze zulässt, steigt das Honorar nicht weiter. Für Ersatzkassen steht meist ein höheres Budget zur Verfügung als für Primärkassen

Honorarbegrenzung: Das Individualbudget

In Berlin wurde ab dem 3. Quartal 2003 ein seit mehreren Jahren im KV Bereich Nordrhein erprobtes System der Honorarverteilung übernommen, die Individualbudgets. Jede Praxis erhält vor Beginn des Quartals mitgeteilt, wie hoch das maximal von ihr zu erwirtschaftende Honorar ausfallen kann. Der Verpflichtung aus dem BSG Urteil die abgerechnete Leistungsmenge zu begrenzen, wurde durch diese Umsatzbeschränkung jedes einzelnen Arztes entsprochen. Die Höhe des Individualbudgets bemisst sich nach dem durchschnittlichen Umsatz aus Kassentätigkeit des Jahres 2002. Je Quartal kann ein einzelner Arzt weiterhin rund ein Viertel seines alten Jahresumsatzes erwirtschaften. Arbeitet er mehr, steigt sein Honorar nicht an. Neu gegründete Praxen dürfen ein Honorar bis zum durchschnittlichen Umsatz einer Praxis ihrer Fachgruppe beanspruchen. Um jeder Praxis den Vergleich mit den in Punkten abgerechneten Leistungen zu ermöglichen, wird die dem Honorar entsprechende Punktmenge mitgeteilt. Für dieses Punktvolumen wird der dem EBM zugrunde gelegte Punktwert von rund 10 Pf = 5,11 €-cent benutzt. **Hat eine Praxis im Quartal diese Punktmenge abgerechnet, steigt das Honorar nicht weiter an. Rechnet die Praxis mehr Leistungen ab, sinkt der Durchschnittswert der geleisteten Punkte in der Praxis**, aber auch nur dort. Im alten Verteilungssystem der Fallbudgets hatte die Ausweitung der Leistungen einer Praxis Auswirkungen auf das Honorar aller anderen Praxen. Die Individualbudgets werden nach Kassenarten für Primärkassen (AOK, BKK, IKK etc.) und Ersatzkassen (BEK, GEK, DAK etc) getrennt berechnet. **Da die Ersatzkassen im Durchschnitt mehr Geld für die ambulante Versorgung Ihrer Versicherten zur Verfügung stellen als die Primärkassen, können in den meisten Praxen für Versicherte der Ersatzkassen mehr medizinische Leistungen zur Verfügung gestellt werden als für Versicherte der Primärkassen.**

Arzneimittelrichtgröße

Für jede Arztgruppe wurde ein Euro Betrag für Arzneimittelkosten je Patient festgelegt. Für den sich aus Patientenzahl x Richtgröße ergebenden Betrag darf eine Arztpraxis Medikamente verschreiben. Fallen höhere Ausgaben an, muss die Arztpraxis die Mehrkosten mit besonderes schweren Krankheitsfällen rechtfertigen oder aus eigener Tasche bezahlen.

Zulässige Medikamentenausgaben im Jahr 2002 (Arzneimittelrichtgröße) je Patient in Euro für Berliner Ärzte (Auswahl einiger Fachgruppen)

Arztgruppe	für Mitglieder	für Rentner
Augenärzte	5,62 €	11,37 €
Chirurgen	18,19 €	37,13 €
Frauenärzte	15,57 €	23,95 €
Hals-Nasen-Ohren	13,17 €	10,54 €
Hautärzte	21,43 €	25,45 €
Hausärzte (Innere)	57,70 €	113,42 €
Hausärzte (Allg.)	39,51 €	112,97 €
Kinderärzte	37,25 €	37,25 €
Lungenärzte	84,98 €	125,71 €
Nervenärzte	63,14 €	84,03 €
Orthopäden	11,42 €	20,15 €
Urologen	28,93 €	58,37 €

Arzneimittelrichtgröße:

Für jede einzelne Arztgruppe wurde eine Arzneimittelrichtgröße eingeführt. Die Arzneimittelrichtgröße legt den durchschnittlichen Betrag fest, für den eine Arztpraxis für ihre Patienten Medikamente verordnen darf. Auch hier bestehen natürlich wieder Unterschiede zwischen den einzelnen Arztgruppen. Ein Berliner Hautarzt darf für drei Monate Behandlung eines Kassenpatienten im Durchschnitt nur 22 € Medikamente verschreiben. Eine Überschreitung um bis zu 15% (knapp 3,30 € je Patient) wird noch toleriert. Überschreitet die Arztpraxis die Vorgabe um mehr als diese 3,30 € je Patient, wird das Ordnungsverhalten überprüft.. Ab einer Überschreitung um 25% (5,50 € je Patient) muss der Arzt von sich aus in der Lage sein, seine Unschuld zu beweisen. Kann der Arzt in jedem Einzelfall nachwei-

sen, dass die Kosten durch unbedingt notwendige Medikamente und einzelne, besonders teure Fälle notwendig wurden und dies auch vor dem Sozialgericht beweiskräftig vorbringen, muss er keine Geldstrafe bezahlen. Kann er das nicht, wird eine individuelle Geldstrafe, Regress genannt, in Höhe des Überschreibungsbetrages erhoben. Vorab gegebene Zusagen von Krankenkassen, die Arzneimittel zu bezahlen, werden nur anerkannt, wenn sie schriftlich erfolgten. Mündliche Vereinbarungen haben im Sozialrecht keine Rechtsbindung.

Arzneimittelregress wegen sonstigen Schadens

Viele Medikamente sind offiziell nur für die Behandlung einiger Krankheiten zugelassen, obwohl sie auch bei anderen eine gute Wirkung zeigen. Einige Krankenkassen stellen sich nun auf den Standpunkt, für diese Behandlungen dürfen die Medikamente nicht mehr zu Lasten der Kassen verordnet werden. Selbst wenn ein Medikament hervorragend hilft, darf es dann nur noch auf Privatrezept verordnet werden. Das Bundessozialgericht hat die Grundlage für dieses Verhalten in einem Urteil vom 28.3.2000: durch diese Formulierung geschaffen: „Soweit der Versicherte auch die Bereitstellung von nicht ausreichend erprobten Medikamenten begehrt, steht dem das öffentliche Interesse am Schutz der finanziellen Stabilität der Krankenversicherung entgegen. Die Erweiterung der Leistungspflicht der Krankenkassen auf Behandlungsmethoden, die sich erst im Stadium der Erforschung oder Erprobung befinden und (noch) nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen; lässt das Gesetz auch bei schweren und vorhersehbar tödlichen Krankheiten grundsätzlich nicht zu.“ (B1 KR 11/98, zitiert aus der Presserklärung der BKK Berlin vom 24. Juli 2001)

Sonstiger Schaden

Die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen die Kosten für wirksame Medikamente dann nicht, wenn diese keine offizielle Zulassung für die Krankheit haben, bei der sie eingesetzt werden. Verordnet ein Arzt diese Medikamente auf Kassenrezept, muss er auf Antrag der Kasse die Kosten selbst übernehmen.

Verordnet ein Arzt das wirksame und notwendige Medikament dennoch außerhalb der Einschränkungen fordern die Kassen das Geld von ihm zurück. Da es sich meist um sehr teure Medikamente für potentiell tödliche Krankheiten wie Krebs, AIDS, Multiple Sklerose usw. handelt, können die Strafforderungen der Kassen oft mehrere Hunderttausend DM je Arzt erreichen.

Fazit

Diese Regelungen im gesetzlichen Krankenversicherungswesen sind für einen normal denkenden Menschen kaum noch nachvollziehbar oder verständlich. Leider sind sie sichtlich weder unseren Gesundheitspolitikern, den sogenannten Fachleuten verschiedener Kommissionen, der Presse oder den einzelnen Sachbearbeitern bei den Krankenkassen bekannt. Selbst viele Ärzte sind nicht ausreichend informiert. Seien Sie deshalb nicht verwirrt, wenn Sie auf Nachfragen bei diesen Stellen gänzlich andere Auskünfte über das ärztliche Vergütungssystem erhalten. Leider ist das System für Kassenversicherte in Deutschland so wie beschrieben.