

Offener Brief von MdB Rainer Arnold zum Ärzteprotest

### **„Nicht auf dem Rücken der Patienten!“**

Wer in der vorletzten Woche im Kreis Esslingen zum Arzt musste, stand vielfach vor verschlossener Tür. Der Grund des Ausschlusses: Die niedergelassenen Ärzte protestierten gegen die Reform ihrer Honorare, und nannten ihre Maßnahme einen Vorgeschmack auf zukünftige Verhältnisse.

Auch in meinem Nürtinger Wahlkreisbüro erreichten mich hunderte von Flugblättern. Niedergelassene Ärzte aus der Umgebung hatten ihren Patienten vorgefertigte Protestschriften gegen die Honorarreform zum Unterschreiben gegeben, um sie dann gleich aus der Praxis an mich zu senden. Als Bundestagsabgeordneter beantworte ich grundsätzlich alle Anfragen und Kritik aus meinem Wahlkreis individuell und bat daher die Arztpraxen um die Adressen der Unterzeichner. Meine Anfrage blieb jedoch ohne Antwort. Eine Rückmeldung des Abgeordneten an die Patientinnen und Patienten war offensichtlich gar nicht erwünscht.

Dabei wäre es für die Versicherten wichtig zu wissen, dass die niedergelassenen Ärzte durch die Reform der ärztlichen Honorare im Vergleich zu 2007 bundesweit über 3,2 Milliarden Euro mehr an Honorar bekommen. Die Politik hat mit der Gesundheitsreform 2009 die gesetzlichen Grundlagen dafür geschaffen. Das Konzept für die Reform hingegen stammt von Ärzten und Krankenkassen. Sie haben uns auch immer wieder übereinstimmend versichert, dass dieses Konzept machbar ist.

Richtig ist, dass der Zuwachs dort geringer ausfällt, wo die Einkommen schon vor der Reform hoch waren, wie z.B. in Nord-Württemberg. Hier haben niedergelassene Ärzte den bundesweit höchsten Umsatz mit etwa 238.000 Euro. Nach Abzug der relativ hohen Praxiskosten bleiben dem Arzt durchschnittlich noch 106.100 Euro, während der Überschuss bei seinen Berliner Kollegen bisher etwa 72.500 Euro betrug. Da in den „Hochpreis“-Regionen nur geringere Honorarsteigerungen möglich sind und deshalb weniger verteilt werden kann, fallen auch die Verteilungskämpfe zwischen den Arztgruppen heftiger aus.

Dazu muss man aber wissen, dass die Vorschläge zur Verteilung nicht von der Politik kamen. Im Ausschuss, der das gemacht hat, sitzen vielmehr Ärzte, Kassen und ein Unparteiischer. Die Entscheidung fiel mit den Stimmen der Ärzte und dem Unparteiischen gegen die Kassen. Deshalb wurde uns in den vergangenen Wochen seitens der Ärzteschaft und der Krankenkassen auch versichert, dass es keine neuen Gesetze braucht, um Korrekturen bei der Honorarordnung vorzunehmen. Sollten Änderungen notwendig sein, um allen Arztgruppen gerecht zu werden, ist jetzt die ärztliche Selbstverwaltung gefragt. Es wurden auch schon Änderungen zum 1. Juli 2009 angekündigt. Denn auch unter den Fachärzten gibt es große Unterschiede. Während Radiologen durchschnittlich 113.000 Euro an jährlichen Überschüssen erzielen, bleiben den Psychiatern etwa 64.800 Euro.

Vor allem müssen die Umverteilungskämpfe innerhalb der Ärzteschaft ausgefochten werden. Niedergelassene Ärzte können nicht aus Ärger über die Reform einfach Leistungen streichen oder Vorkasse vom Patienten verlangen. Ein solches Verhalten

ist klar rechtswidrig. Die betreffenden Ärzte verstoßen gegen ihre vertragsärztlichen Pflichten. Betroffenen Patienten sollten sich deshalb umgehend an ihre Krankenkasse wenden.

Natürlich ist es für die ärztliche Selbstverwaltung einfacher, bei Ärger in den eigenen Reihen nach dem Gesetzgeber zu rufen und noch mehr Geld zu fordern. Aber wenn schon über 3 Milliarden Euro nicht ausreichen, damit die Ärzteschaft das neue Honorarsystem akzeptiert, sorgt das nicht gerade für Vertrauen bei den Versicherten.

Die Versicherten sollten sich auch klar machen, wer noch höhere Honorare bezahlen würde. Die Antwort liegt auf der Hand: Sie selbst! Höhere Honorare gibt es nicht zum Nulltarif. Sie werden von den Versicherten durch höhere Beiträge erbracht. Das sagen die Ärzte in der aktuellen Diskussion leider nicht. Eine umfassende Information der Versicherten ist aber fair und notwendig. Sonst müssen sich manche Ärzte den Vorwurf gefallen lassen, sie nutzten die Verunsicherung der Patienten für ihre ureigenen Zwecke.

Einige Behauptungen zur ärztlichen Honorarreform sind auch schlichtweg falsch. So wird häufig erklärt, ein Arzt würde für die Behandlung eines Patienten im Quartal jetzt nur eine Pauschale erhalten, mit der alle Leistungen abgegolten sind. Verschiedentlich wird sogar der Eindruck erweckt, die Behandlung von gesetzlich Versicherten sei sogar ein Verlustgeschäft. Das ist nicht zutreffend.

Richtig ist, dass es für jede Arztgruppe ein sogenanntes Regelleistungsvolumen gibt. Das ist aber keineswegs die Honorarsumme, die ein Arzt im Quartal höchstens erhalten kann. Behandelt ein Orthopäde zum Beispiel 1.000 Patienten im Quartal, bekommt er als Regelleistungsvolumen 32.800 Euro. Das ist der Betrag, bis zu dem er alle Leistungen zum vollen Preis bezahlt bekommt. Leistungen, die er darüber hinaus erbringt, bekommt er ebenfalls bezahlt, allerdings zu einem verminderten Preis.

Aber auch das ist nur ein weiterer Teil des ärztlichen Honorars!

Denn daneben können je nach Arztgruppe weitere Leistungen abgerechnet werden, für die es keine Mengenbeschränkung gibt. Das sind zum Beispiel Leistungen im Notdienst, dringende Besuche und Akupunktur. Außerdem werden alle Leistungen, für die gesonderte Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen wurden, auch gesondert bezahlt (z.B. ambulante Operationen, Früherkennungsleistungen). Schließlich kommen noch die Honoraranteile dazu, die die Patienten für die sogenannten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) aus eigener Tasche bezahlen und die Honorare für die Behandlung von Privatpatienten.

Die Anteile des Honorars, die niedergelassene Ärzte aus freien Leistungen erzielen, liegen meist über 20 Prozent. Bei Hausärzten sind es 30 Prozent, bei einigen Internisten sogar 80 Prozent.

Tatsache ist aber auch, dass der einzelne Arzt zunächst nur darüber informiert wurde, wie hoch sein Regelleistungsvolumen ist. Am Ende des Quartals rechnet er dann mit seiner Kassenärztlichen Vereinigung ab. Dazu reicht er alle Daten ein, die die Kassenärztliche Vereinigung prüft diese und stellt dem Arzt dann seinen Honorarbescheid aus, in dem auch die anderen Leistungen erfasst sind. Deshalb weiß aber derzeit kein Arzt genau, welches Honorar er für das erste Quartal 2009 tatsächlich

erhalten wird. Mit ersten Ergebnissen ist frühestens im Mai 2009 zu rechnen. Um finanzielle Engpässe in der Zwischenzeit zu vermeiden, bekommen die Ärzte in der Regel Abschlagszahlungen von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung. Außerdem hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg zugesagt, eventuelle Honorarverluste ihrer Mitglieder im Jahr 2009 auf höchstens 5 Prozent zu begrenzen. Auch das wird meist nicht erwähnt.

Vielleicht sind aber auch manche Ärzte über das neue Honorarsystem selbst noch nicht ausreichend informiert und setzen das erwähnte Regelleistungsvolumen mit ihrem Gesamthonorar gleich. Gute Information ist in dem Fall aber Sache der Kassenärztlichen Vereinigungen. Mir selbst liegen Informationsschreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung an ihre niedergelassenen Kollegen vor, die ich bei Bedarf auch schon selbst an protestierende Ärzte verschickt habe.

So mag der derzeitige Protest bei einigen Ärzten missverständlichen Informationen geschuldet sein. Daneben drängt sich aber auch der Eindruck auf, dass manche die derzeitigen Turbulenzen nutzen wollen, um ein ganz anderes System zu etablieren: Weg vom solidarischen Gesundheitssystem, in dem starken Schultern mehr tragen als die schwachen, und die Gesunden für die Kranken einstehen - hin zur privaten Absicherung gesundheitlicher Risiken, bei der Patienten direkt beim Arzt für ihre Behandlung bezahlen. Die Versicherten sollten sich klar machen, was das für den Einzelnen bedeutet. Ein unsolidarisches Gesundheitssystem wird es mit meiner Partei aber nicht geben.

Natürlich steht es auch den Ärzten wie allen anderen Berufsgruppen zu, sich für die eigenen Interessen einzusetzen. Das sollte aber in einer offenen und fairen Diskussion geschehen - und nicht auf dem Rücken der Patienten.