



Honorargerechtigkeit in Westfalen-Lippe Die Jahre 2009 und 2006 im Vergleich

INHALT

4	Ausgangslage
4	1. Welches Honorar ist angemessen?
5	2. Was ist gerecht?
7	3. Wie war die Honorarentwicklung?
11	Politische Wertung

IMPRESSUM

Herausgeberin

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe
Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund
Tel.: 0231 / 94 32 0
E-Mail: redaktion@kvwl.de

Redaktionsausschuss

Dr. Wolfgang-Axel Dryden (verantw.)
Dr. Gerhard Nordmann
Dr. Thomas Kriedel

Druck

IVD GmbH & Co. KG
Wilhelmstraße 240
49475 Ibbenbüren

Titelbild: pitopia.de

April 2011

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,



Die Honorarsituation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ist immer wieder Anlass für heftige Debatten. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung - wen wundert es? - verdienen die Niedergelassenen „mehr als genug“, wie der GKV-Spitzenverband nicht müde wird zu betonen. Erst im Februar 2011 machten die Krankenkassen wieder Stimmung gegen die Ärzteschaft: Einen Reinerlös von durchschnittlich 108.000 Euro pro Jahr erziele jede Praxis allein aus dem GKV-Honorar, so behauptete der stellvertretende Vorstandschef des GKV-Spitzenverbandes, Johann-Magnus von Stackelberg.

Ärztliche Verbände halten dagegen und sehen einen Großteil der bundesdeutschen Praxen von einer baldigen Insolvenz bedroht, sollte sich die Honorarsituation nicht bessern. Die Unzufriedenheit mit den ausgezahlten Honoraren und damit mit den Kassenärztlichen Vereinigungen ist notorisch.

Die KVWL hat erstmals im Jahr 2007 eine fundierte Analyse der Honorarsituation der rund 13.000 Kolleginnen und Kollegen im Landesteil Westfalen-Lippe vorgelegt. Unser Augenmerk war seinerzeit nicht nur darauf abgestellt, wie hoch oder niedrig die durchschnittlichen Umsätze der einzelnen Fachgruppen tatsächlich ausfallen. Vielmehr haben wir unter anderem die Frage gestellt, wie eine gerechte und angemessene Vergütung für einen niedergelassenen Arzt überhaupt ausgestattet sein müsste. Als Referenzwert wurde das Gehalt eines Oberarztes in der Klinik angesetzt - seinem Einkommen vor Steuern sollte mindestens

auch der Praxisüberschuss eines voll arbeitenden niedergelassenen Kollegen, ob Arzt oder Psychotherapeut, gleich kommen.

Ebenso hatten wir uns des Themas Verteilungsgerechtigkeit angenommen. Kommen in der Honorarverteilung einige Fachgruppen - genannt werden immer wieder die Hausärzte - zu kurz?

Die 2007 veröffentlichte Analyse basierte auf Zahlen des Jahres 2006. Inzwischen hat sich einiges geändert. 2008 startete die Honorarreform mit einer Neubewertung von Leistungen im EBM. Ab 2009 wurden die umstrittenen Regelleistungsvolumen Basis der Vergütung. Die Regeln der Honorarverteilung wurden nicht mehr in der regionalen KV, sondern zentral in Berlin gestaltet. Es gab einen erheblichen Zuwachs beim Gesamthonorar, aber auch deutliche Verwerfungen bei dessen Verteilung auf die Fachgruppen wie auch auf die einzelnen Praxen.

Viel ist also passiert in den vergangenen vier Jahren - es ist an der Zeit, noch einmal den Maßstab anzulegen und zu fragen: Was hat sich in der Honorierung der Fachgruppen getan? Haben wir unsere honorarpolitischen Ziele, die wir 2007 formuliert haben, erreichen können? In diesem Heft stellen wir die Zahlen des Jahres 2009 jenen der Analyse von 2006 gegenüber. Und am Ende stellen wir uns erneut die Fragen: Was wurde erreicht? Und was bleibt noch zu tun?

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. Wolfgang-Axel Dryden,
1. Vorsitzender der KVWL

Dr. Gerhard Nordmann,
2. Vorsitzender der KVWL

Dr. Thomas Kriedel,
Mitglied des Vorstands

Honorargerechtigkeit in Westfalen-Lippe: Die Jahre 2009 und 2006 im Vergleich

Eine Analyse zur Honorarsituation

*von Dr. Thomas Kriedel, Mitglied des KVWL-Vorstands, und
Thorsten Spiecker, Leiter des Geschäftsbereichs Honorar*

Ausgangslage

Seit langem beklagen Hausärzte eine unzureichende Honorierung ihrer Leistungen und gleichzeitig eine Schlechterstellung gegenüber den Fachärzten. Dafür seien die Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortlich, weil die Hausärzte über die Honorarverteilungsmaßstäbe in den facharzt dominierten Vertreterversammlungen systematisch benachteiligt worden seien. Auch seitdem die Krankenkassen Honorarverteilungsverträge mit zu entscheiden haben, hätte sich die Situation nicht gebessert.

Der Vorstand der KVWL hatte sich deshalb 2007 zur Aufgabe gemacht, Honorargerechtigkeit mit konkreten Zielen anzustreben. Unsere Forderungen: Der Praxisüberschuss muss dem vergleichbaren Einkommen eines Oberarztes entsprechen und in allen Arztgruppen gleich hoch sein. Die Analyse 2006 wurde im Pluspunkt Extra (Nr. 34) aus dem Jahr 2007 veröffentlicht. Nach drei Jahren und vielen politischen Initiativen (zum Beispiel Honorierung von Haus- und Fachärzten, Honorarreform 2009) ist es Zeit, die Veränderungen zu prüfen.

Die folgende Analyse orientiert sich an dem Bericht aus 2007. Es wurden die über die KVWL abgerechneten Honorare analysiert. Andere Honorarquellen von Haus- und Fachärzten bleiben dabei außer Betracht. Die Honorarsituation wird betrachtet unter den Aspekten der Angemessenheit, der Gerechtigkeit im Fachgruppenvergleich und der Entwicklung der Honorare in den letzten Jahren.

1. Welches Honorar ist angemessen?

Hierfür gibt es keine objektive Antwort. Als Ökonom könnte man antworten, dass ein Honorar bzw. ein Preis dann angemessen ist, wenn sich genügend Ärzte bereit erklären, zu diesem Honorar ihre Leistungen den krankenversicherten Patienten zur Verfügung zu stellen. Sinnvoll ist ein solcher Ansatz allerdings nur bei Wettbewerbsmärkten. Hilfsweise kann deshalb als Anhaltspunkt die Vergütung von Ärzten im Krankenhaus herangezogen werden, dem größten Beschäftigungsfeld von Ärzten.

Als angemessenes Honorar - präziser: GKV-Praxisüberschuss, das heißt GKV-Umsatz minus anerkannte Praxiskosten - wird das Gehalt eines Oberarztes im Krankenhaus angesetzt. Dieses ist allerdings noch zu erhöhen um die Arbeitgeberanteile zur Sozialversicherung sowie die längeren Arbeitszeiten des niedergelassenen Arztes sowie einer Kompensation für Urlaub und Krankheit, die für den angestellten Arzt der Arbeitgeber übernimmt.

Dieser Ansatz entspricht auch den vom erweiterten Bewertungsausschuss für die Berechnung der Arzthonorare im EBM festgelegten Werten. Nach der Hessen-Tabelle, die die Gesamtkosten eines Arbeitsplatzes im öffentlichen Dienst nach Vergütungsgruppen beschreibt, kostete der Arbeitsplatz eines Oberarztes zirka 73.000 Euro im Jahr 2002. Korrigiert um die zusätzliche

Arbeitszeit, muss dieser Betrag auf zirka 95.000 Euro angehoben werden. Hochgerechnet auf 2007 und unter Bezug auf den TvöD für Krankenhausärzte kommt der Bewertungsausschuss zu einem Vergleichsgehalt von zirka 106.000 Euro p. a. Dieser Betrag ist auch Basis des kalkulatorischen Arzthonorars im EBM 2008. Mit den Tarifierhöhungen 2008 und 2009 stellt sich der Vergleich auf 112.400 Euro. Dieser Betrag ist als Referenzwert für den Praxisüberschuss eines voll arbeitenden Vertragsarztes mit durchschnittlicher Fallzahl anzusehen. Mehrleistungen des Arztes müssen zu entsprechend höheren Honorarumsätzen führen.

Auch auf diese Frage gibt es keine eindeutige, allgemein akzeptierte Antwort. Diese Frage hängt - wie in allen Lebensbereichen - von der eigenen Werthaltung und der Stellung der eigenen Gruppe ab. Am ehesten Konsens zu erzielen ist über eine Definition von Gerechtigkeit in Richtung Gleichheit. Im Hinblick auf Arzthonorare kann diese Gleichsetzung von „gleich“ mit „gerecht“ getroffen werden, weil alle Ärzte eine vergleichbar lange und intensive Aus-, Weiter- und ggf. Fortbildung haben müssen. Insofern ist gerechtfertigt, dass auch allen niedergelassenen Ärzten, die im Durchschnitt ihrer Arztgruppe liegen, ein gleicher Praxisüberschuss verbleiben muss.

2. Was ist gerecht?

Dies gilt zumindest für solche Arztgruppen und Regionen, in denen annähernd ausreichende Versorgung herrscht. Sollte in Regionen eine gravierende Unterversorgung bestehen, müsste ein Korrekturfaktor Berücksichtigung finden.

Für Westfalen-Lippe ergaben sich im Vergleich der haus- und fachärztlichen Gruppierungen für das Jahr 2006 die folgenden Werte:

Arztgruppen	Ø GKV Umsatz	Kostensatz*	Ø Überschuss
Hausärzte	174.850 Euro	54,9 %	78.890 Euro
Fachärzte	246.220 Euro	62,3 %	92.860 Euro

* Arithmetische Mittel der um 2 % erhöhten Kostensätze aus: „Kostenstruktur bei Arzt-, Zahnarzt- und Tierarztpraxen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2006“ und „Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Köln

Und für 2009 zum Vergleich:

Arztgruppen	Ø GKV Umsatz	Kostensatz*	Ø Überschuss
Hausärzte	198.100 Euro	52,0 %	95.100 Euro
Fachärzte	272.600 Euro	61,9 %	103.900 Euro

* Arithmetische Mittel der um 2 % erhöhten Kostensätze aus: „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen, Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten sowie Tierarztpraxen, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 2009“ und „Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis, Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung, Köln 2002“.

In die Berechnung der Kostensätze sind aus Gründen der Vergleichbarkeit der beiden Kostenquellen folgende Arztgruppen eingeflossen:

Fachärzte	Hausärzte
Augenärzte	Allgemeinmediziner
Chirurgen	Kinder- und Jugendärzte
Frauenärzte	
HNO-Ärzte	
Hautärzte	
Orthopäden	
Urologen	
Radiologen	

Diese Werte des Praxisüberschusses hängen maßgeblich von den zu Grunde gelegten Praxiskosten ab. Hierzu gibt es keine einheitliche Datenquelle. Bei der Berechnung der o. g. Zahlen sind die Kostensätze des Statistischen Bundesamtes und die Daten der Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts zu Grunde gelegt. Die Kostensätze sind arithmetisch gemittelt. Wegen der Umsatzsteuererhöhung 2007 sind die Praxiskosten pauschal um zwei Prozent angehoben worden. Für die Kernaussage einer Differenz zwischen Haus- und Fachärzten allerdings sind die Kostensätze nicht so entscheidend, da sie dieselbe Tendenz zeigen:

Der durchschnittliche hausärztliche Praxisüberschuss lag 2006 um zirka 14.000 Euro unter dem der Fachärzte. 2009 ist diese Differenz deutlich auf rund 8.800 Euro gesunken. Dennoch ist Honorargerechtigkeit nicht verwirklicht und damit die Forderung der Hausärzte nach einer relativen Erhöhung ihrer Honorare im Verhältnis zu den Fachärzten berechtigt.

Diese Aussage darf aber nicht den Blick dafür verstellen, dass auch die Fachärzte keine homogene Gruppe sind, sondern dass sich auch hier gravierende Unterschiede in den Praxisüberschüssen - zum Teil unter dem Niveau der Hausärzte - ergeben. Dies betrifft vor allem die Fachgruppen der Chirurgen, HNO-Ärzte, Hautärzte und Urologen, die unter den Überschüssen der Hausärzte liegen.

Die absolute Höhe der Nach-Kosten-Honorare hat zwar spürbar zugenommen, erreicht aber auch 2009 noch nicht den Referenzwert von 112.400 Euro eines Oberarztes. Erzielten Haus- bzw. Fachärzte 2006 nur 74,4 % bzw. 87,6 % eines Oberarztgehalts als Praxisüberschuss, hatte sich diese Relation 2009 auf 84,6 % bzw. 92,4 % stark verbessert.

Praxisüberschüsse im Vergleich zum Oberarztgehalt				
	2006	%	2009	%
Oberarzt	106.000 Euro	100 %	112.400 Euro	100 %
Ø Hausarzt	78.890 Euro	74,4 %	95.100 Euro	84,6 %
Ø Facharzt	92.860 Euro	87,6 %	103.900 Euro	92,4 %

Der Vergleich zur Erstanalyse 2006 zeigt auch bei absoluter Honorargerechtigkeit eine deutlich positive Entwicklung, ohne das Ziel bereits erreicht zu haben: Es gibt weiterhin einen rund 15-Prozentpunkte- bzw. 8-Prozentpunkte-Honorarabstand zum Referenzwert. In diesem Umfang sind niedergelassene Ärzte schlechter gestellt als vergleichbare Krankenhausärzte.

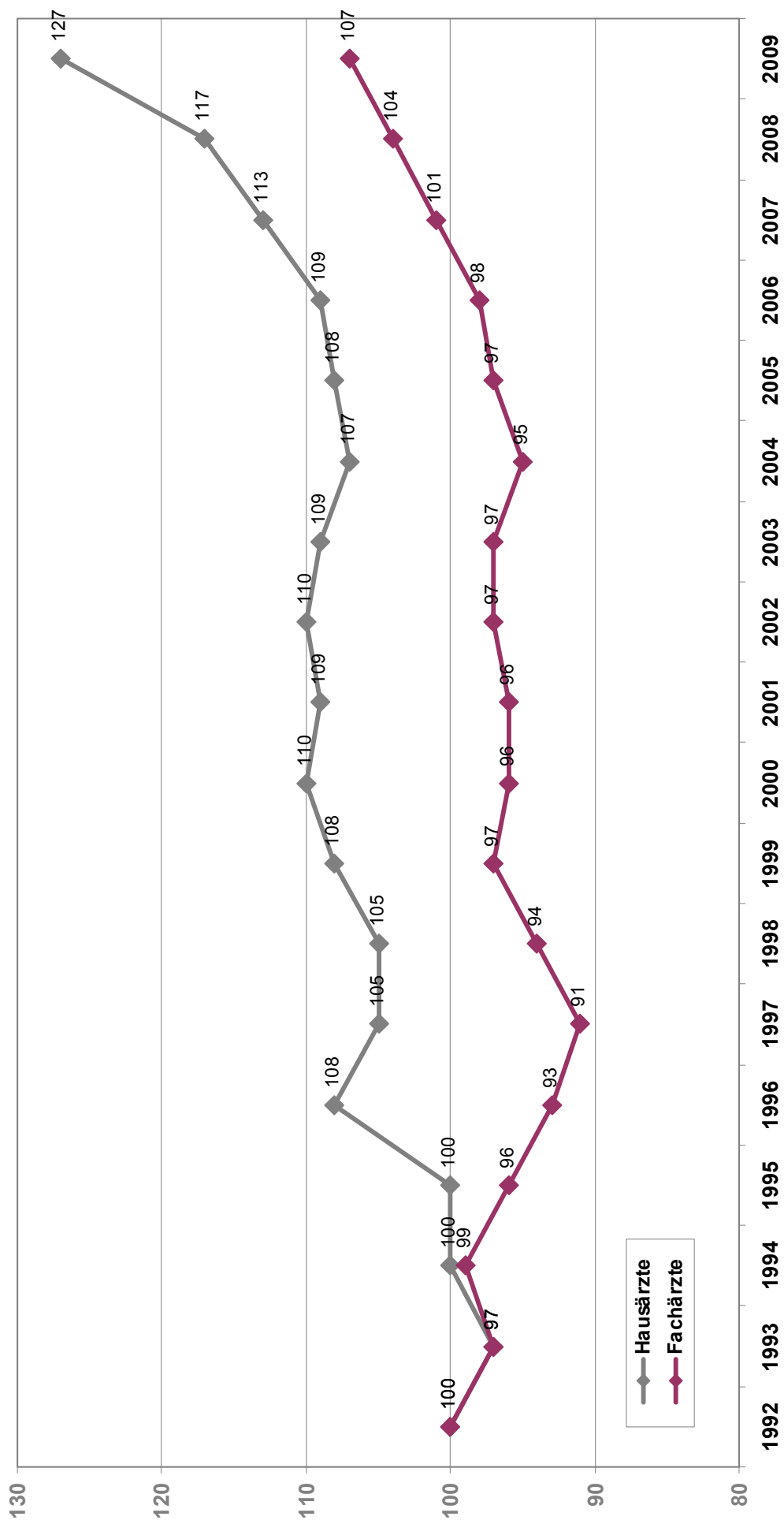
Die ungleiche, möglicherweise ungerechte Honorarverteilung zwischen den Versorgungsbereichen hat seit Jahren bereits zu Anpassungsmaßnahmen geführt. Diese haben durchaus gewirkt: Grafik 1 auf Seite 8 zeigt den Umfang der Angleichung in einer Index-Reihe von 1992 bis 2009 (Zahlenquelle KV-WL).

Auf Basis des Gesamtumsatzes sind die Umsätze der Hausärzte vom Index 100 in 1992 auf Index 127 im Jahr 2009 gestiegen. Der Index der Fachärzte ist in diesem Zeitraum - nachdem er zwischen 1994 und 2006 unter 100 lag - von 100 auf 107 gestiegen. Insofern hat sich der Verteilungsindex in Richtung auf eine Honorarangleichung entwickelt. Diese Entwicklung zeigt die von den Hausärzten geforderte Tendenz mit sich zunehmend beschleunigendem Tempo.

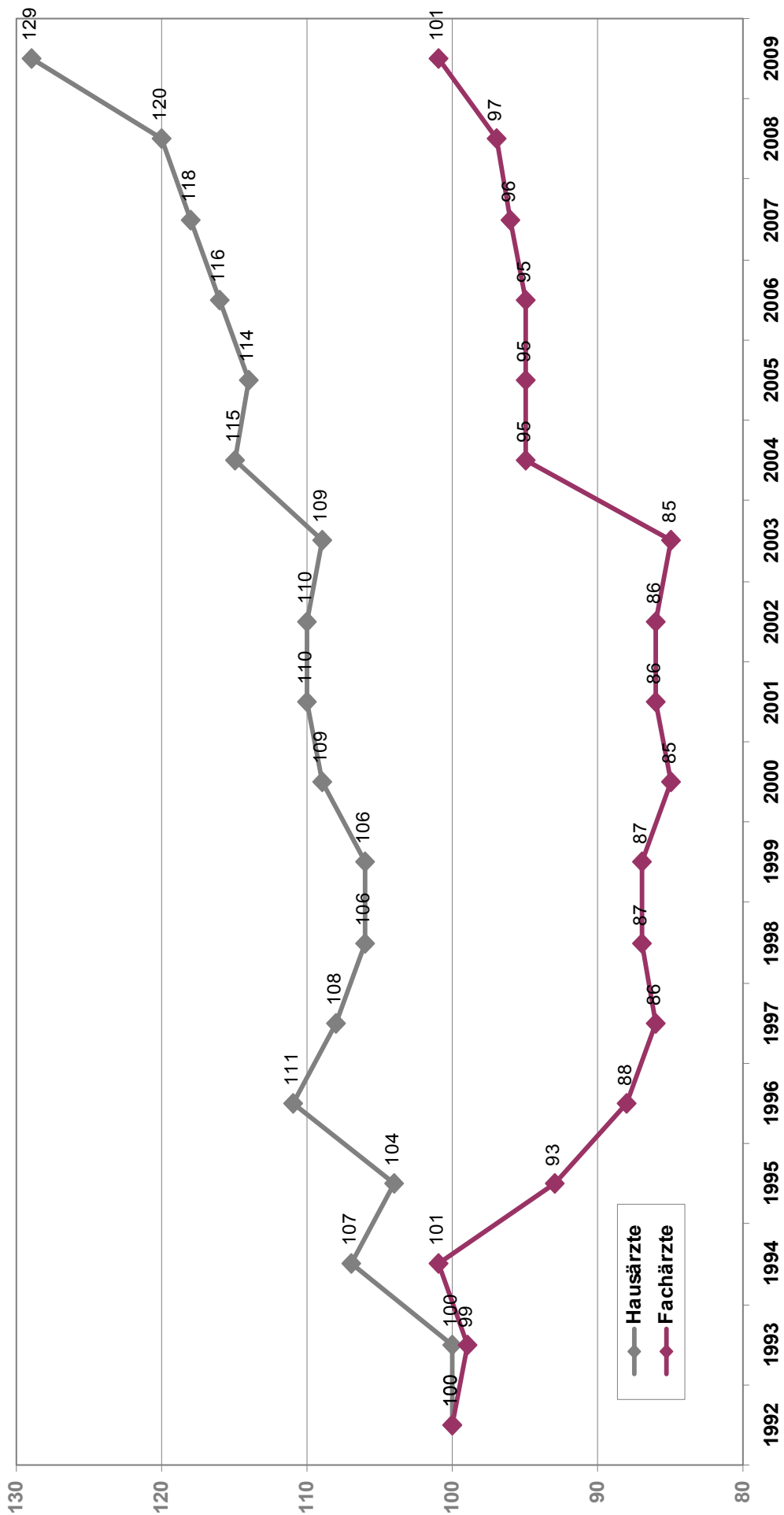
Im Hinblick auf den Fallwert, das heißt den Umsatz je Fall, war die Entwicklung noch gravierender: bei den Hausärzten vom Index 100 auf 129 und bei den Fachärzten vom Index 100 auf den Index 101 (siehe Grafik 2 auf Seite 9).

3. Wie war die Honorarentwicklung?

Grafik 1: Entwicklung des Umsatzes je Arzt - Indexwerte



Grafik 2: Entwicklung des Umsatzes je Fall - Indexwerte



Durch die Honorarmaßnahmen der letzten drei Jahre hat sich der negative Honorartrend bei den Fachärzten umgekehrt und bei den Hausärzten deutlich positiv entwickelt.

Insofern war die Politik der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe in den zurückliegenden Jahren, die Honorarlücke zwischen Haus- und Fachärzten zu schließen, zielführend und erfolgreich. Von einer sich fortsetzenden Benachteiligung der Hausärzte kann keine Rede sein. Das Gegenteil ist richtig. Die Honorarlücke schließt sich immer schneller.

Als Ergebnis dieser Kurzanalyse ist festzuhalten:

- Nur in zwei von zehn betrachteten Arztgruppen ist das Referenzhonorar erreicht.
- Es besteht eine Honorarlücke zwischen Haus- und Fachärzten im Umfang von rund 8.800 Euro.
- Die Entwicklung zu einer Angleichung der Honorare zwischen den Arztgruppen war erfolgreich, ist aber noch nicht abgeschlossen.

Für den Vorstand der KVWL ergibt sich aus diesen Zahlen die Konsequenz, dass Honorargerechtigkeit und -angemessenheit auch weiterhin zu den strategischen Zielen gehören müssen. Die Honorare aller Vertragsärzte sind mindestens auf das Referenzniveau (Oberarztgehalt) anzuheben und Gruppen, die unter dem Durchschnitt liegen, sind verstärkt in ihrer Umsatzentwicklung zu fördern.

Politische Wertung

Die Honorare sind maßgeblich durch die Bewertungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorgegeben. Verschärft wird diese Situation durch die Verlagerung von Honorarverteilungskompetenz nach Berlin. Auch die regionale Benachteiligung der Ärzte in Westfalen-Lippe verhindert ein schnelles Schließen der Honorarlücke: Solange Westfalen-Lippe mit 321 Euro in der Gesamtvergütung je Versicherten den letzten Platz belegt, kann der Referenzwert kaum erreicht werden.

Noch ein Hinweis zum möglichen Vergleich zu anderen KVen: Der Umsatz je Arzt muss auf gleiche Fallzahl und Morbidität nivelliert werden, ansonsten ist kein Vergleich möglich.

Die Strategie des Vorstandes kann nur darin bestehen, auf Bundesebene dafür einzutreten, die Honorarlücken sowohl zwischen Haus- und Fachärzten, Facharztgruppen untereinander und im Hinblick auf eine angemessene Honorierung aller Ärzte zu schließen und darüber hinaus bundesweite Honorargerechtigkeit zu fordern.



Zertifiziert
mit 6 Punkten
(Kategorie A)



Daniel Bahr, MdB
Parlamentarischer
Staatssekretär im
Bundesministerium
für Gesundheit



Barbara Steffens, Mdl.
Ministerin für Gesundheit,
Emanzipation, Pflege und
Alter des Landes NRW



Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei,
Direktorin des Instituts für
Medizinische Soziologie an
der Charité - Universitäts-
medizin Berlin



Dr. med.
Wolfgang-Axel Dryden,
1. Vorsitzender der
Kassenärztlichen
Vereinigung Westfalen-Lippe



Dr. med.
Gerhard Nordmann,
2. Vorsitzender der
Kassenärztlichen
Vereinigung Westfalen-Lippe



Dr. rer. soc.
Thomas Kriedel,
Vorstand der
Kassenärztlichen
Vereinigung Westfalen-Lippe

Zukunftsperspektiven der medizinischen Versorgung

3. KVWL-Jahreskongress im Ärztehaus Dortmund -

Samstag, 18. Juni 2011, ab 10 Uhr

im Hause der KVWL
Robert-Schimrigk-Straße 4-6
44141 Dortmund

Auszüge aus dem Programm:

- 10 - 10.15 Uhr **Kongresseröffnung**
Begrüßung: Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KVWL
- 10.15 - 11 Uhr **„Zukunftsperspektiven der medizinischen Versorgung“**
Dr. med. Gerhard Nordmann, 2. Vorsitzender der KVWL
- 11 - 11.15 Uhr **Bericht zum Letter of Intent 2010**
Dr. rer. soc. Thomas Kriedel, Vorstand der KVWL,
Herbert Dahle, Bürgermeister der Stadt Barntrop,
Burkhard Schwuchow, Bürgermeister der Stadt Büren
- 11.15 - 11.45 Uhr **Die KuLM-Studie und ihre Folgen**
Karriere- und Lebensplanung in der Medizin: Studierende, Absolventen und junge Ärzte
im Wandel des Gesundheitssystems
Prof. Dr. Adelheid Kuhlmei, Direktorin des Instituts für Medizinische Soziologie an der
Charité - Universitätsmedizin B
- 13.30 - 14 Uhr **Aktueller Stand zum Versorgungsgesetz**
Daniel Bahr, Parlamentarischer Staatssekretär im Bundesministerium für Gesundheit
- 14 - 14.30 Uhr **Vorstellung der Landesregierung zur Gestaltung der Versorgung in NRW**
Barbara Steffens, Ministerin für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes NRW
- 14.30 - 15 Uhr **Diskussion beider Vorträge mit Daniel Bahr und Barbara Steffens**
Moderation: Dr. med. Wolfgang-Axel Dryden, 1. Vorsitzender der KVWL

Die Teilnahme am KVWL-Jahreskongress ist für Mitglieder kostenlos.

Weitere Informationen und Anmeldungen (bis 3. Juni 2011):

Christoph Ellers
Tel.: 0251 / 9 29 22 17
E-Mail: christoph.ellers@aeowl.de