

**Bundesverband Medizintechnologie e.V.**

Reinhardtstr. 29 b  
D - 10117 Berlin  
Tel. (030) 246 255 - 0  
Fax. (030) 246 255 - 99  
info@bvmed.de



## Pressemitteilungen

### **MedInform-Konferenz zur ärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich: "Neue Kooperationsformen bieten für MedTech-Unternehmen interessante Perspektiven"**

20.04.2012 - 37/12

**Berlin.** Die ärztliche Vergütung im niedergelassenen Bereich wird sich künftig von den Kollektivhonoraren aus dem EBM mehr in Richtung Selektivverträge verlagern. Das bietet für die Unternehmen der Medizintechnologie interessante Perspektiven für Kooperationsmöglichkeiten im ambulanten Bereich. Das machten die Experten der MedInform-Konferenz "Wie verdient der Arzt sein Geld? Das Labyrinth der ärztlichen Vergütung im niedergelassenen Bereich" am 19. April 2012 in Berlin deutlich. MedInform ist der Informations- und Seminarservice des BVMed. Die Veränderungen bei den Ärztehonoraren bringen nach Ansicht von Wolfgang Meunier vom Hausärzterverband "die notwendige interdisziplinäre sektorenübergreifende Kooperation voran". Dies sei auch im Sinne der Patientenversorgung. Für Martin Schneider vom Ersatzkassenverband gehört die Einzelpraxis der Vergangenheit an: "Die Zukunft gehört den Kooperationsmodellen." Die MedInform-Konferenz verdeutlichte, dass es auch für Leistungserbringer und Hersteller wichtig ist, das Vergütungsgefüge und die möglichen Versorgungsstrukturen mit ihren Besonderheiten zu kennen. "Dieses Hintergrundwissen ist notwendiges Kapital, um im niedergelassenen Bereich erfolgreich agieren und die Ärzte richtig beraten zu können", so BVMed-Geschäftsführer und Vorstandsmitglied Joachim M. Schmitt.

Der Allgemeinmediziner **Wolfgang Meunier**, Bundesschatzmeister des Deutschen Hausärzterverbandes und ehemaliger Stellvertretender Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Saarland, führte in die komplexe Welt der Ärztehonorare ein. Im Mittelpunkt stand die Frage: "Wie verdient der Arzt sein Geld?" Meuniers provokante Antwort: "Der Arzt versteht es selbst größtenteils nicht." Denn die Verteilung der 30 Milliarden Euro Honorar der Kassenärzte ist ein komplexes Thema aus Kollektivverträgen, Selektivverträgen und Kooperationsformen. Der Bewertungsausschuss verfeinert die Regelungen immer noch weiter. Dies liege daran, dass sich die Zahl der Eingriffe der Gesetzgeber in das Honorarverteilungssystem stark erhöht hat, so Meunier. 51,7 Prozent der Arzthonorare aus vertragsärztlichen Tätigkeiten fließen in Betriebsausgaben, 14,5 Prozent in Steuern und 7,2 Prozent in die Altersvorsorge. Dem Arzt bleiben durchschnittlich 23,1 Prozent Nettoeinkommen übrig. Die Steigerungen der Honorare lagen in den letzten Jahren bei rund 3 bis 4 Prozent. Die aktuellen Honorarsteigerungen liegen allerdings unter dem Inflationsausgleich. Es gibt große Unterschiede bei den Fachgruppen. Bei den durchschnittlichen Honoraren liegen die Chirurgen und Frauenärzte an der Spitze, die Hausärzte im Mittelfeld. Die Honorarverteilung wird seit Seehofer 1993 überwiegend über Regelleistungsvolumina vorgenommen, die sich an den Fallzahlen des Vorjahresquartals orientieren. Dazu kommen freie Leistungen und qualifikationsgestützte Zusatzvergütungen.

Über die kollektivvertragliche Vergütung hinaus gibt es im Bereich der GKV zahlreiche Selektivverträge. Dazu gehören unter anderem Möglichkeiten im Bereich der Prävention, Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung, Strukturverträge, die Hausarztzentrierte Versorgung, die besondere ambulante ärztliche Versorgung, die spezialisierte ambulante Palliativversorgung oder die integrierten Versorgungsverträge. Neue Möglichkeiten bietet künftig die Erprobung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nach § 137 e SGB V. Selektivverträge sind insbesondere für innovative Krankenkassen interessant. "Sie sind für althergebrachte Ärztefunktionäre der Horror, für fortschrittliche eine Möglichkeit, Arbeitsbedingungen der Ärzte und Versorgung der Versicherten zu verbessern", so Meunier. Für Vertragsärzte seien die Selektivverträge oft Neuland, "bei dessen Betreten man sie wohlwollend begleiten muss". Meuniers Fazit: "Fusionen und länderübergreifende Konsolidierungen bei den Krankenkassen erlauben es nicht mehr, dem Kollektivvertrag höchste Priorität zuzumessen, da die Machtverhältnisse zwischen KVen und Krankenkassen sich immer weiter verschieben." Ärzte als Leistungserbringer hätten schon lange nicht mehr die ihnen gewohnte Macht im Gesundheitswesen. Sein Ausblick: "Die große Infusionsflasche der KV-Honorare tropft schon lange nicht mehr so zuverlässig wie früher – auch wenn einige es noch nicht gemerkt haben. Der positive Effekt ist, dass durch die Veränderungen die im Interesse der Patientenversorgung längst notwendige interdisziplinäre sektorenübergreifende Kooperation nun endlich vorangebracht wird. Dann verdient auch der Arzt wieder das ihm zustehende Honorar."

Der Allgemeinarzt **Dr. Gerd W. Zimmermann**, Stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, ging auf weitere Honorarmöglichkeiten für den Arzt im niedergelassenen Bereich ein. Dazu gehören die privatärztliche Abrechnung, individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) oder sonstige ärztliche Leistungen wie Gutachten oder Leistungen für die Unfallversicherung. Bei den Durchschnittshonoraren der Ärzte in Hessen liegen die Fachärzte im Durchschnitt rund 10 Prozent über den Allgemeinärzten. Zusätzliche Honorarmöglichkeiten sind je nach Arztgruppe sehr verschieden. Ein konservativ tätiger Augenarzt kann fast nur

noch durch zusätzliche IGEL-Leistungen wie die Glaukomfrüherkennung durch Messung des Augeninnendrucks "überleben". Chirurgen und Orthopäden liegen beim Einkommen etwa im Durchschnitt der Fachärzte, haben aber beispielsweise durch die Unfallversicherung zahlreiche Zusatzeinnahmemöglichkeiten. Ebenfalls außerhalb der gedeckelten Honorare sind chirurgische Leistungen. Weitere Honorarspannen ergeben sich durch Gutachten bei Dienstunfällen oder bei Frühverrentungen. Gynäkologen, Urologen und HNO-Ärzte liegen deutlich unter dem Durchschnitt der Facharztinkommen, müssen also über IGEL-Leistungen und andere Tätigkeiten zusätzlich verdienen. Neu ist seit 1. Januar 2012 die spezialfachärztliche Versorgung (§ 116b SGB V). Hier muss die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) abgewartet werden. Zimmermanns Einschätzung: "Hier ist künftig bei den Kooperationen viel Musik drin." Interessant ist, dass die Honorare direkt mit der Krankenkasse abgerechnet werden können. Dadurch geraten die KVen weiter unter Druck.

Der Anteil der privatärztlichen Vergütung über die GOÄ (Gebührenordnung der Ärzte) liegt bei den Vertragsärzten bei durchschnittlich 15 bis 20 Prozent. Mehr Möglichkeiten zur privatärztlichen Versorgung haben vor allem Orthopäden, die operieren, Radiologen oder Urologen. Das Problem der GOÄ sei aber, dass sie schon lange nicht mehr dem medizinischen Fortschritt angepasst wurde. Die Fachkapitel stammen zumeist aus dem Jahr 1982. Die letzte finanzielle Anpassung stammt aus dem Jahr 1996. Die Novellierung wurde mehrfach angekündigt und immer wieder verschoben. Eine neue GOÄ soll aber noch in dieser Legislaturperiode kommen. Die neue Gebührenordnung sei auch fertig, aber noch streng geheim, so Zimmermann.

**Peter Peikert**, Rechtsanwalt in der Sozietät Dr. Rehborn in Dortmund, analysierte die möglichen Kooperationsformen im Bereich der niedergelassenen Ärzte aus rechtlicher Sicht. Die Geschichte der Kooperationsformen ist dabei jung. Erst 1983 gestattete das Bundessozialgericht die fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Seit 2004 hat sich in diesem Bereich aber sehr viel getan: mit der Einführung so genannter Medizinischer Versorgungszentren (MVZ), mit Änderungen der Heilberufe-bzw. Kammergesetze, mit Tätigkeit an mehreren Orten, Anstellung fachfremder Ärzte oder Teilberufsausübungsgemeinschaften. Welche Kooperationsformen gibt es heute? Neben den Berufsausübungsgemeinschaften (MVZ, Gemeinschaftspraxis) sind das die Praxisgemeinschaft, eine Leistungserbringergemeinschaft und die Selektivverträge. Ein unmittelbarer Vergleich zwischen Berufsausübungsgemeinschaften und Organisationsgemeinschaften sind aus Sicht von Peikert nicht sinnvoll, da bei der Organisationsgemeinschaft keine gemeinsame Berufsausübung stattfindet. Nach jüngsten Auswertungen der KBV versprechen fachgleiche Gemeinschaftspraxen höhere Überschüsse als die Einzelpraxen. "Grundsätzlich spricht in der Theorie weit mehr für die Gemeinschaftspraxen oder MVZ als für die Einzelpraxis, beispielsweise ein erweitertes Leistungsspektrum, flexiblere Arbeits- und Urlaubszeiten oder eine höhere Akzeptanz beim Patienten. Außerdem gibt es Synergien durch die Verteilung finanzieller Belastungen, Kosteneinsparungen beim Einkauf und eine bessere Geräteauslastung. Nachteile sind das Fehlen einer Alleinentscheidungsbefugnis, eine weitgehende Demokratisierung sowie die Mithaftung. MVZs und Gemeinschaftspraxen sind im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit und auch der Rechtsformenwahl im wesentlichen identisch. Ein MVZ ist aber die einzige Möglichkeit zur Beteiligung von Nichtärzten. Außerdem handelt es sich um eine sicherere Bindung der vertragsärztlichen Zulassungen, da die Zulassung bei der MVZ und nicht beim einzelnen Arzt liegt. Peikerts Fazit: "Es sind keine eindeutigen und generellen Aussagen möglich, welche Modelle mehr Sinn machen. Erforderlich ist immer eine individuelle Betrachtung des jeweiligen Einzelfalls."

"Kooperationsmodellen gehört die Zukunft", machte **Martin Schneider**, Leiter der Landesvertretungen Rheinland-Pfalz und Saarland des Verbandes der Ersatzkassen, in der abschließenden Podiumsdiskussion deutlich. Die klassische Einzelpraxis gehöre der Vergangenheit an. Eine fachübergreifende Praxisgemeinschaft oder ein MVZ bieten für Patienten den Vorteil der Versorgung aus einer Hand, so Schneider. Außerdem sei eine solche Organisationsform besser für die Angestellten, da sie mehr Flexibilität biete.

Hinweis an die Medien: Druckfähige Bilder zur Konferenz können unter [www.bvmed.de](http://www.bvmed.de) (Bilder – Veranstaltungen) heruntergeladen werden.

Medienkontakt:  
Manfred Beeres  
Leiter Kommunikation/Pressesprecher  
Tel: +49 30 246 255-20  
E-Mail: [beeres\(at\)bvmed.de](mailto:beeres(at)bvmed.de)

