

Wir schauen nach, wo das Geld der Kassen versickert.

Eine Aktion der Freien Ärzteschaft e.V.

www.freie-aerzteschaft.de

Antworten zum Fragenkatalog. Vergleichen Sie die individuellen Antworten der Kasse mit dem tatsächlichen Sachverhalt, den wir in kursiver Schrift dargestellt haben.

Komplex 1: ärztliche Vergütung

1. Wie viele niedergelassene Vertragsärzte und wie viele Krankenkassenmitarbeiter gibt es in Deutschland?

*Es gibt in Deutschland derzeit 118.000 niedergelassene Kassenärzte und nach Angaben der Kassen über 130.000 Krankenkassenmitarbeiter (nur gesetzliche Kassen).
Quelle: <http://www.facharzt.de/content/facharzt.otx/187,40918,0.html>*

2. Die Verwaltungskosten der Kassen steigen regelmäßig und deutlich an, die Kassenausgaben für ärztliche Vergütung aber entweder gar nicht oder deutlich weniger. Warum?

Steigerungen der Lohnkosten und aller anderen Betriebskosten werden von den Kassen durch Erhöhung der Verwaltungskosten und ggf. Erhöhung der Beiträge gegenfinanziert, während die Ärzte diese Kosten durch Minderung ihres persönlichen Einkommens ausgleichen sollen, und das seit Jahren.

3. Wie viel Prozent der Beitragseinnahmen zahlt Ihre Kasse an die Kassenärztliche Vereinigung für die Sicherstellung der gesamten ambulanten Behandlung Ihrer Versicherten durch Ärzte und Psychotherapeuten?

*Nur durchschnittlich 16 % der Beitragseinnahmen zahlt die Kasse für die gesamte ambulante Behandlung. Davon etwa ein Drittel für Kosten und "Vorwegabzüge", ein Drittel für die fachärztliche Versorgung und ein Drittel für die hausärztliche Versorgung.
(Quellen: West: http://www.vdak.de/basisdaten2004/seite_60_2004_oben.pdf
Ost: http://www.vdak.de/basisdaten2004/seite_60_2004_unten.pdf)*

4. Wie viel Euro je Mitglied sind das?

Je nach Kasse sind das zwischen 60 und 140 Euro, im Schnitt ca. 100 Euro je Mitglied. Für diese Summe ist die gesamte ärztliche Behandlung des Kassenmitglieds und aller kostenlos mitversicherter Familienangehörigen für ein volles Quartal abgegolten. Die Kassenärztliche Vereinigung verteilt dieses Geld an die Ärzte. Sie können sich vorstellen, dass diese Summe gar nicht ausreichen kann, eine moderne Medizin für Kassenpatienten zu gewährleisten. Davon sollen alle ärztlichen Behandlungen, Hausbesuche, Notfalldienste, Labor-, Ultraschall- und Röntgenuntersuchungen, alle

anderen technischen Leistungen, sowie Operationen und Psychotherapien bezahlt werden.

5. Wie hoch ist die Kopfpauschale, die Ihre Krankenkasse an die Kassenärztliche Vereinigung bezahlt ?

Die Kopfpauschalen werden von den Kassen als "Betriebsgeheimnisse" betrachtet. So wird es Ärzten und Patienten unmöglich gemacht, z.B. die Auswirkungen des Wechsels von einer Kasse mit hoher Kopfpauschale in eine Kasse mit geringer Kopfpauschale zu berechnen. Dadurch gehen den Ärzten jährlich Milliardenbeträge verloren. Link zum Verständnis: http://www.aerzteverein-mettmann.de/pageID_483621.html

6. Wie hoch, glauben Sie, ist die Vergütung eines Hausarztes

a.) für ein zehnminütiges Gespräch mit dem Patienten?

Der Arzt erhält z.B. im KV-Bezirk Nordrhein 6,05 Euro. Die Leistung ist mit 150 Punkten bewertet. Der Punktwert sollte 5,11 Cent betragen. Ausgezahlt wird aber nur eine Quote von 78,7 %

b.) für einen gewöhnlichen Hausbesuch?

Der Arzt erhält z.B. im KV-Bezirk Nordrhein 16,10 Euro. Die Leistung ist mit 400 Punkten bewertet. Der Punktwert sollte 5,11 Cent betragen. Ausgezahlt wird aber nur eine Quote von 78,7 %.

c.) für einen Besuch eines Mitpatienten im Altenheim?

Der Arzt erhält z.B. im KV-Bezirk Nordrhein 7,85 Euro. Die Leistung ist mit 195 Punkten bewertet. Der Punktwert sollte 5,11 Cent betragen. Ausgezahlt wird aber nur eine Quote von 78,7 %.

d.) Halten Sie diese Vergütungen für angemessen, wenn Sie berücksichtigen, dass der Arzt von diesen Honoraren zuerst seine gesamten Praxiskosten für Räume, Personal, Geräte, Auto usw. finanzieren muss?

Die Quote betrug im Jahre 2000 noch etwa 100 % bei den Hausärzten und 95 % bei den Fachärzten. Im 2. Quartal 2005 lag sie bei 78,7 % bei den Hausärzten und durchschnittlich 71,7 % bei den Fachärzten. Das bedeutet, dass der Umsatz jedes Jahr um etwa 4 % sinkt. Bei 50 % Kostenanteil und steigenden Betriebskosten sinkt der Überschuss um jährlich fast 10 %. Seit 2000 ist also eine Halbierung des Überschusses eingetreten. Ohne Gewinn aber kann kein Unternehmen existieren. Bereits heute stehen daher viele Arztpraxen vor dem wirtschaftlichen Aus. Die gewohnte wohnortnahe Versorgung der Bevölkerung durch Haus- und Fachärzte ist akut gefährdet.

7. Wie viele erbrachte ärztliche Leistungen bekommt der Arzt nicht vergütet, weil sein Budget erschöpft ist?

Je nach Fachgruppe werden durchschnittlich 20-35 Prozent über das dem Arzt zuerkannte Budget hinaus erbracht und nicht vergütet (Bereich Nordrhein). Ärzte haben bisher diese Leistungen unentgeltlich erbracht und damit die Unterfinanzierung und Rationierung den Patienten nicht spüren lassen. Nach einer Studie des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung beträgt der Gegenwert der auf diese Weise unentgeltlich erbrachten ärztlichen Leistungen inzwischen 8 Milliarden Euro pro Jahr.

8. Wie stehen Sie zu der Tatsache, dass Ihre kranken Mitglieder zu 100% medizinisch versorgt werden, obwohl Sie nur ca. 60% davon bezahlen?

(Die 40 % unbezahlten Leistungen ergeben sich daraus, dass die Ärzte einerseits Leistungen kostenlos über das Budget hinaus erbringen und dass andererseits die innerhalb des Budgets erbrachten Leistungen nur zu 72-79% vergütet werden.)

9. Frage für AOK und Ersatzkassen, insbes. BEK und DAK: Die Zahl der Mitglieder ist bei Ihrer Krankenkasse rückläufig; abgewandert sind in der Hauptsache junge gesunde Mitglieder, geblieben sind die älteren und chronisch Kranken - warum wurden die Kopfpauschalen nicht nach oben korrigiert? Denn der durchschnittliche ärztliche Behandlungsaufwand für jedes Ihrer Mitglieder ist ja dadurch gestiegen.

http://www.aerzteverein-mettmann.de/pageID_483621.html

Komplex 2: Verwaltungskosten

10. Wie viel Prozent der Beitragseinnahmen gibt Ihre Kasse allein für Verwaltung aus?

Nach den Angaben des BMGS liegen die Verwaltungskosten der Krankenkassen bei etwa 6 % der Gesamtausgaben. Damit sind die Verwaltungskosten eben so hoch wie die Ausgaben der Kassen für die gesamte ambulante ärztliche Behandlung durch Hausärzte. Nach einem Bericht des dfg (Dienst für Gesellschaftspolitik) erreichten die Nettoverwaltungskosten pro Mitglied im vergangenen Jahr im Durchschnitt aller Kassen 158,37 Euro; im Jahr 2001 hatten diese Ausgaben nach offiziellen Zahlen noch bei 149,86 Euro, im Jahr 1998 bei 134,51 Euro gelegen, meldet der Nachrichtendienst <http://www.facharzt.de>.

Dabei sollen das nur die allgemeinen Verwaltungskosten im Verkehr der Kassen mit ihren Mitgliedern sein. Die anteiligen Kosten für DMP-Programme, Bearbeitung von Krankengeldanträgen, Wirtschaftlichkeitsprüfungen bei Ärzten, Regresse bei Apothekern usw. sollen in den jeweiligen Posten Arzneikosten, ärztliche Behandlung usw. versteckt sein.

11. Frage an AOK: Auf Mallorca hat die AOK nicht nur in Palma de Mallorca, sondern auch in Port Andratx, dem Wohnsitz der Reichen und Schönen, eine eigene Zweigstelle – warum? Was kostet das?

Andere Kassen sparen sich derart teure Niederlassungen.

12. Wie viel Geld geben Sie pro Jahr für Werbung aus? Was ist der größte Einzelposten?

Was kosten z.B. die Werbespots einzelner Kassen im Fernsehen? Dabei geht es doch nur darum, dass die Kassen sich gegenseitig junge wechselwillige Mitglieder abjagen wollen, ohne dass ein nennenswerter Unterschied in den Leistungen der einzelnen Kassen besteht.

13. Wie viel Geld wird pro Jahr für aufwändige Mitgliederzeitungen und deren Versand ausgegeben?

14. Frage an BEK: Nach einer Meldung der Rheinischen Post vom 10.12.2005 sagte eine Sprecherin der BEK der Zeitung: "Für jeden Euro, den wir seit 2000 mehr in die Verwaltungskosten gesteckt haben, konnten wir bei den Leistungen vier Euro einsparen."

a.) Wollen Sie auf diesem Wege weitergehen?

b.) Derzeit haben Sie 188 Euro Verwaltungskosten und 2.660 Euro Leistungsausgaben je Mitglied. Wenn Sie je Euro Mehrausgabe an Verwaltungskosten die Leistungsausgaben um den vierfachen Betrag senken können, dann könnten Sie mit einer Erhöhung der Verwaltungskosten um 665 Euro die Leistungsausgaben um 2660 Euro, also auf 0 Euro senken. Ist das geplant?

Komplex 3: Bonusprogramme, Zusatzversicherung

15. Wie viel Geld ist bei Ihrer Kasse für Bonusprogramme eingeplant?

16. Haben Sie persönlich für sich oder einen Familienangehörigen eine private Zusatzversicherung für stationäre und/oder ambulante Behandlung?

Die Beantwortung gibt einen Hinweis darauf, ob der Krankenkassenmitarbeiter selbst sich mit den beschränkten Kassenleistungen zufrieden gibt oder zusätzlich vorsorgt. Setzt natürlich Ehrlichkeit des Antwortenden voraus.

Es geht um nichts weniger als um die finanzielle Austrocknung der ambulanten Medizin, die Existenzbedrohung der Praxen und dadurch die akute Gefährdung der wohnortnahen Versorgung durch Haus- und Fachärzte.

*Freie Ärzteschaft e.V. - Bergstraße 14 - 40699 Erkrath - Fax 02104-449732
v.i.S.d.P.: Hans-Peter Meuser, Vizepräsident - VR-Nr. 1911 AG Bingen/Rhein
mail@freie-aerzteschaft.de*