

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Ist die Honorarreform Teil der Gesundheitsreform?

Die Honorarreform ist nur bedingt als Teil der Gesundheitsreform zu bezeichnen. Zwar gibt das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG) in den Paragraphen 87a bis c SGB V Rahmenvorgaben, die genaue Ausgestaltung übernehmen – wie bei den vorangegangenen Honorarreformen auch – die Vertreter von Ärzten und Kassen. Beide Reformen bedingen einander nicht zwangsläufig.

Wer verhandelt über die Honorare der Ärzte?

Veränderungen an der Vergütungssystematik der Kassenärzte werden zwischen Vertretern der Krankenkassen und der niedergelassenen Ärzte ausgehandelt. Die Politik stellt den Rahmen und die so genannte Selbstverwaltung von Ärzten und Kassen füllt ihn aus. Wichtiges Gremium für solche Entscheidungen ist der Bewertungsausschuss. Kann sich dieses paritätisch von Ärzten und Kassen besetze Gremium nicht einigen, werden drei Unparteiische hinzugezogen. Das Verhandlungsgremium nennt sich nun Erweiterter Bewertungsausschuss. Laut Geschäftsordnung kann der Erweiterte Bewertungsausschuss Entscheidungen mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder treffen.

Was waren die Ziele der aktuellen Honorarreform?

Auch wenn sich die Diskussion an vielen Stellen allein auf eine Steigerung der Honorare verkürzt hat, sollten mit der Reform mehrer Dinge erreicht werden:

- Einführung einer neuen Abrechnungssystematik, die den floatenden Punktwert durch Euro und Cent ersetzt - erreicht
- Leistungen werden nach bundesdurchschnittlichen Preisen vergütet - erreicht
- Angleichung der Honorare zwischen alten und neuen Bundesländern - erreicht

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



- Mengensteuerung zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung vertragsärztlicher Leistungen – erreicht
- Abbau von Über- und Unterversorgung durch finanzielle Anreize – wird sich erst mittelfristig zeigen
- Weitere Förderung bestimmter versorgungsrelevanter Leistungen wie z. B. Prävention – erreicht
- Übergang des Morbiditätsrisikos (Krankheitsrisiko der Bevölkerung) von den Ärzten auf die Krankenkassen, damit verbunden ist die Ablösung der Honorarbindung an die beitragspflichtigen Einnahmen der GKV-Mitglieder (Grundlohnsummensteigerung) – erreicht, wirkte sich als Steigerung des Honorars insgesamt um plus 10 Prozent oder mindestens 3,5 Milliarden Euro bezogen auf das Jahr 2007 aus

Wie kam die Entscheidung für die aktuelle Honorarreform zustande?  
Der Erweiterte Bewertungsausschuss konnte in mehreren Treffen im Sommer 2008 keine Einigung erzielen. Am 28. August 2008 stimmte der Unparteiische Vorsitzende, Prof. Dr. Jürgen Wasem, zusammen mit den Ärzten für die Honorarreform, die nun seit 1. Januar 2009 gilt. Die Krankenkassen hatten damals insgesamt dagegen gestimmt.

Warum sind einige Ärzte/Arztgruppen aufgebracht und wo liegen die Probleme?

Innerhalb der Ärzteschaft kam es zu drei gravierenden Problemen: Kommunikationsprobleme zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, den Kassenärztlichen Vereinigungen und ihren Mitgliedern, den niedergelassenen Ärzten; Verteilungsprobleme sowohl zwischen verschiedenen Arztgruppen als auch innerhalb einzelner Arztgruppen und eine im Vorfeld hochgesteckte Erwartungshaltung bei den Ärzten. Hinzu kommt: Ein großer Honorargewinn für die Ärzte insgesamt, kann im Einzelfall, also

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



bezogen auf Arztgruppen und einzelne Ärzte, bedingt durch die neue Verteilungssystematik deutlich geringer ausfallen. Während die Kassenärztlichen Vereinigungen in den neuen Bundesländern von 2007 auf 2009 alle Honorargewinne im zweistelligen Prozentsatz einführen (von 16,1 bis 24,6 Prozent, Durchschnitt 19,7 Prozent), fielen die Steigerungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in den alten Bundesländern deutlich geringer aus (von 2,5 bis 16,5 Prozent, Durchschnitt 8,3 Prozent).

### Kommunikationsproblem: Bezugsjahr 2007

Kein Arzt sollte sich schlechter stellen, forderte die Kassenärztliche Bundesvereinigung in den Verhandlungen. Sie jubelte daher auch nach dem eingefahrenen Abstimmungserfolg im Spätsommer 2008 und sprach von einer „historischen“ Honorarsteigerung. Bezogen auf das Jahr 2007 stimmt diese Aussage auch. Bei den Ärzten in den Regionen kam der Bezug auf 2007 aber offenbar nicht immer an. Sie verglichen vielmehr die Jahre 2008 und 2009. Da einige Regionen bereits 2008 starke Honorarsteigerungen um bis zu 7 Prozent bekommen haben, fällt die Steigerung 2009 im Vergleich mit dem Vorjahr teilweise deutlich geringer aus.

### Kommunikationsproblem: Honorar versus Regelleistungsvolumen

Das Gesamthonorar des niedergelassenen Arztes setzt sich aus mehreren Honorarbestandteilen zusammen. Die Basis bildet das so genannte Regelleistungsvolumen (RLV). Es wird für jeden Arzt individuell gebildet und bestimmt die abrechenbare Menge jener vertragsärztlichen Leistungen in einem Quartal, die der Mengensteuerung unterliegen und die so genannte Grundversorgung sicherstellen.<sup>1</sup> Bis zur Höhe des individuellen

---

<sup>1</sup> Das RLV wird je Arzt ermittelt. Bei so genannten Berufsausübungsgemeinschaften (Praxen mit mehreren Ärzten) wird der Praxis ein praxisbezogenes RLV, das sich aus der Summe der RLV's der einzelnen Ärzte dieser Praxis zusammensetzt, zugewiesen.

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Regelleistungsvolumens werden die erbrachten Leistungen zum Preis der Euro-Gebührenordnung vergütet. Darüber hinaus abgerechnete Leistungen werden zu abgestaffelten Preisen vergütet.

Das Regelleistungsvolumen wird quartalsweise ermittelt und berechnet sich wie folgt:

$$RLV_{\text{Arzt}} = \text{Fallwert}_{\text{Arztgruppe}} \times \text{Fallzahl}_{\text{Arzt}} \times \text{Altersfaktor}$$

**Fallwert<sub>Arztgruppe</sub>:** Hierbei handelt es sich um einen arztgruppenspezifischen Fallwert, der nach Vorgaben der Bundesebene regional für jedes Quartal zu ermitteln ist. Dabei wird das Vergütungsvolumen, welches der Arztgruppe innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die Vergütung der Regelleistungsvolumen im jeweiligen Quartal zur Verfügung steht, durch die Fallzahl des jeweiligen Vorjahresquartals der Arztgruppe dividiert. Dieser (RLV-)Fallwert bezieht sich also ausschließlich auf Leistungen, die innerhalb des RLV erbracht werden (nähere Erläuterungen weiter unten).

**Fallzahl<sub>Arzt</sub>:** Hierbei handelt es sich um die ambulant-kurativen Fälle des Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal.

**Altersfaktor:** Hiermit wird das Alter der von einem Arzt behandelten Patienten - und demzufolge der unterschiedliche Behandlungsaufwand - berücksichtigt<sup>2</sup>. Es werden verschiedene Altersklassen unterschieden:

- bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- ab dem 60. Lebensjahr

---

<sup>2</sup> Ist der Anteil der unter 6-Jährigen bzw. über 60-Jährigen in einer Praxis besonders hoch, kann sich ein Faktor größer als 1 ergeben.

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



*Fiktives Beispiel 1:* Arzt Dr. Mustermann (Hausarzt) hatte im Vorjahresquartal 800 Fälle, der Fallwert seiner Arztgruppe beträgt für das aktuelle Quartal 35 Euro, Altersfaktor 1,1 (der Rentneranteil dieser Praxis liegt besonders hoch). Sein Regelleistungsvolumen berechnet sich wie folgt:

$$RLV_{\text{Arzt}} = 35 \text{ Euro} \times 800 \text{ Fälle} \times 1,1 = 30.800 \text{ Euro}$$

Anmerkung: Für Ärzte mit sehr hohen individuellen Fallzahlen gelten folgende Abstufungsregelungen:

- 75 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe bei Fallzahlen von 150 bis 170  
Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
- 50 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe bei Fallzahlen von 170 bis 200  
Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
- 25 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe bei Fallzahlen über 200  
Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe

*Fiktives Beispiel 2:* Arzt Dr. Mustermann (Hausarzt) hatte im Vorjahresquartal 1.600 Fälle, die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe lag bei 750 Fällen, der Fallwert seiner Arztgruppe beträgt für das aktuelle Quartal 35 Euro, sein Altersfaktor 1,1 (der Rentneranteil dieser Praxis liegt besonders hoch).

Sein Regelleistungsvolumen (52.939 Euro) berechnet sich jetzt:

	Fälle	Fallwert	
bis 150 % der Fallzahl der Arztgruppe = 100 % des Fallwertes	1.125	35,00 Euro	39.375 Euro
von 150 – 170 % der Fallzahl der Arztgruppe = 75 % des Fallwertes	150	26,25 Euro	3.938 Euro
von 170 – 200 % der Fallzahl der Arztgruppe = 50 % des Fallwertes	225	17,50 Euro	3.938 Euro
Über 200 % der Fallzahl der Arztgruppe = 25 % des Fallwertes	100	8,75 Euro	875 Euro
	1.600		48.126 Euro
RLV <sub>Arzt</sub> (nach Gewichtung mit Altersfaktor 1,1) im Quartal			52.939 Euro

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Mit dem Regelleistungsvolumen wird – wie bereits beschrieben – ein großer Teil der von einem Arzt abgerechneten Leistungen abgedeckt – aber nicht alle Leistungen. Das Regelleistungsvolumen ist aufgrund der neuen Honorarsystematik der einzige Bestandteil des Honorars, den der Arzt von seiner Kassenärztlichen Vereinigung im Vorfeld mitgeteilt bekommt. Je nach Facharztgruppe schwankt der Anteil der Regelleistungsvolumina am gesamten Honorar eines Arztes zwischen 70 bis 30 Prozent. Das heißt, obwohl die Ärzte Freiberufler sind, haben sie durch die Regelleistungsvolumen praktisch eine garantierte Mindesteinnahme.

Neben dem mengenmäßig begrenzten Regelleistungsvolumen gibt es vier weitere Honorarbestandteile:

1. Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen für Haus- und Fachärzte: Hierbei handelt es sich um bundesweit einheitliche Euro-Zuschläge zum Fallwert, die bei Vorliegen der entsprechenden Abrechnungsgenehmigung gewährt werden. Folgende qualitätsgebundenen Zuschläge sind zurzeit beschlossen:

Leistungsbereiche der Hausärzte	Euro-Wert
<i>Sonographie</i>	3,50
<i>Psychosomatik</i>	3,00
<i>Prokto-/Rektoskopie</i>	1,00
<i>Kleinchirurgie</i>	1,50
<i>Langzeit-EKG</i>	1,00
<i>Langzeit-Blutdruckmessung</i>	1,00
<i>Spirometrie</i>	1,00
<i>Ergometrie</i>	1,50
<i>Chirotherapie</i>	1,00
Leistungsbereiche der Fachärzte	
<i>Diagnostische Radiologie</i>	5,00

Die Berechnung dieser zusätzlichen Honorarvolumina erfolgt durch Multiplikation der arztindividuellen Fallzahl des

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Vorjahresquartals mit dem jeweiligen Euro-Zuschlag, für den der Arzt eine Abrechnungsgenehmigung besitzt.

*Fiktives Beispiel 3:* Dr. Mustermann (Hausarzt) besitzt die Genehmigung für Psychosomatik und Kleinchirurgie. Seine Fallzahl beträgt 800 Fälle. Der Fallwert der Arztgruppe beträgt 35 Euro. Sein Zusatz-RLV ergibt sich wie folgt:

Zusatz-RLV = 800 Fälle x 3,00 Euro (Psychosomatik) + 800 Fälle x 1,50 Euro (Kleinchirurgie) = 2.400 Euro + 1.200 Euro = 3.600 Euro

Damit erhöht sich sein zugewiesenes Regelleistungsvolumen in Höhe von 30.800 Euro (vgl. Beispiel 1) um das Zusatz-RLV in Höhe von 3.600 Euro. Bis zur Höhe dieser Zusatz-RLV werden die abrechnungsfähigen qualitätsgebundenen Leistungen zum vollen Euro-Wert der regionalen Gebührenordnung bezahlt. Darüber hinaus abgerechnete Leistungen werden zu abgestaffelten Preisen vergütet.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Generell gilt, dass Über- bzw. Unterschreitungen zwischen den Zusatz-RLV's ausgeglichen bzw. verrechnet werden können. Vgl. Beispiel 3: Hat Dr. Mustermann sein Psychosomatik Zusatz-RLV (2.400 Euro) um 500 Euro überschritten, kann er diese Überschreitungsmenge mit dem Zusatz-RLV für Kleinchirurgie (1.200 Euro) verrechnen, soweit dieses um mehr als 500 Euro unterschritten wurde. Würde die Unterschreitung des Zusatz-RLV Kleinchirurgie bei 400 Euro liegen, würden die restlichen Leistungen im Wert von 100 Euro nicht mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, sondern mit abgestaffelten Preisen vergütet werden. Ein Ausgleich zwischen Überschreitungen der Zusatz-RLV mit dem RLV kann auch erfolgen, wenn das RLV nicht vollständig ausgeschöpft wurde. Am Beispiel 3: Hat Dr. Mustermann im Rahmen des Zusatz-RLV Psychosomatik Leistungen in Höhe von 2.900 Euro erbracht (500 Euro Überschreitung) und im Rahmen des Zusatz-RLV Kleinchirurgie Leistungen in Höhe von 1.500 Euro erbracht (300 Euro Überschreitung), beträgt seine Gesamtüberschreitung bei den Zusatz-RLV's 800 Euro. Diese kann er mit seinem RLV verrechnen, d. h. zum vollen Preis vergütet bekommen, wenn er sein RLV (30.800 Euro) beispielsweise um 1.000 Euro unterschritten hat. Dagegen ist eine Verrechnung von Überschreitungen des RLV mit Unterschreitungen der Zusatz-RLV nicht möglich.

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



*Fiktives Beispiel 4:* Dr. Mustermann (Chirurg) besitzt eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der diagnostischen Radiologie. Seine Fallzahl beträgt 1.200 Fälle (die Durchschnittsfallzahl der Arztgruppe beträgt 850 Fälle) Der Altersfaktor beträgt 1,0. Der Fallwert der Arztgruppe beträgt 33 Euro. Sein RLV und sein Zusatz-RLV wird wie folgt ermittelt:

$$\text{RLV}_{\text{Arzt}} = 33 \text{ Euro} \times 1.200 \text{ Fälle} \times 1,0 = 39.600 \text{ Euro}$$

$$\text{Zusatz-RLV} = 1.200 \text{ Fälle} \times 5,00 \text{ Euro (diagnostische Radiologie)} = 6.000 \text{ Euro}$$

2. So genannte freie Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung, die nicht Bestandteil der Regelleistungsvolumen sind. Diese Leistungen werden ohne Mengenbegrenzung entsprechend ihrer Häufigkeit zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Dazu zählen unter anderem Leistungen im organisierten Notdienst, dringende Besuche, Leistungen der Schmerztherapie, Akupunktur-Leistungen, Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie und Kostenpauschalen.

3. So genannte freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Diese Leistungen werden analog zu 2. ohne Mengenbegrenzung entsprechend ihrer Häufigkeit zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Beispiele für diese extrabudgetären Leistungen sind z. B. ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Leistungen der Strahlentherapie, Leistungen der künstlichen Befruchtung und der Substitutionsbehandlung.

4. Vergütung der Leistungen beim Überschreiten des Regelleistungsvolumens mit abgestaffeltem Preis (floatend). Für die Vergütung der Leistungen, die das Regelleistungsvolumen überschreiten, sind von den haus- und fachärztlichen Vergütungsvolumina innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung jeweils 3 Prozent bereitzustellen. Die Höhe der Abstufung ergibt sich aus dem Verhältnis des je Versorgungsbereich zur Verfügung stehenden Finanzvolumens (3 Prozent) und dem sich je Versorgungsbereich ergebenden RLV-Überschreibungsvolumens.<sup>4</sup>

Wie viel Geld der Arzt für diese vier zusätzlichen Bereiche erhält, sieht er erst zeitversetzt bei der Quartalsabrechnung. Die Höhe wird individuell sehr verschieden sein, denn sie geht auf die erbrachten Leistungen des einzelnen Arztes zurück.

Zu dieser Summe muss man die Einnahmen aus Individuellen Gesundheitsleistungen (IgeL; Leistungen, die der Arzt anbietet und die der Patient aus der eigenen Tasche bezahlt) und die Einnahmen von Privatpatienten hinzurechnen.

Kommunikationsproblem: Vergleich der Fallwerte 2008 mit 2009  
Fallwerte sind in der Abrechnungssystematik der Arzthonorare eine wichtige Bezugsgröße. Im Allgemeinen bilden sie den durchschnittlichen Wert eines Behandlungsfalls ab (Division des

---

<sup>4</sup> Beispiel: In einer KV steht aus dem 3-Prozent-Abzug für die Hausärzte ein Finanzvolumen in Höhe von 3 Mio. Euro zur Verfügung. Die von den Hausärzten dieser KV über die RLV hinaus abgerechneten Leistungen ergeben gemäß der Bewertung der Euro-Gebührenordnung einen Wert in Höhe von z. B. 9 Mio. Euro. Daraus ergibt sich ein Abstufungsfaktor von 66 Prozent für die das RLV überschreitenden Leistungen. Das heißt, diese Leistungen werden im Beispiel mit 33 Prozent der Bewertung der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet.

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Gesamthonorars des Arztes mit der Fallzahl des Arztes). Dieser Fallwert, der sich auf das durchschnittliche Honorar je Behandlungsfall bezieht und sämtliche Honorarbestandteile beinhaltet, ist nicht zu verwechseln mit den nach der neuen Honorarsystematik zur Bemessung des arztindividuellen Regelleistungsvolumens heranzuziehenden (RLV-)Fallwerten der jeweiligen Arztgruppen. Wie bereits weiter oben aufgeführt, beinhaltet der (RLV-)Fallwert lediglich Leistungen, die innerhalb der RLV abgerechnet werden. Dieser Logik folgend sind die RLV-Fallwerte zwangsläufig z. T. deutlich niedriger als die Gesamtfallwerte, da die jeweiligen Umsätze der übrigen Vergütungsbestandteile (qualitätsgebundene Fallwertzuschläge, freie Leistungen innerhalb und außerhalb der mordbiditätsbedingten Gesamtvergütung und abgestaffelte Leistungen bei RLV-Überschreitung) noch nicht in der Höhe des RLV-Fallwertes berücksichtigt sind. Ein direkter Vergleich – wie er in der derzeit geführten öffentlichen Diskussion oftmals angestellt wird – ist deshalb irreführend, inhaltlich falsch und führt nur zur Verunsicherung von Ärzten und Patienten. Mit Hilfe des RLV-Fallwertes 2009 lassen sich sehr wohl Aussagen zum Regelleistungsvolumen machen, aber nicht zum vollständigen Honorar, so dass sie nur eine eingeschränkte Aussagekraft besitzen<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Ein sachlich richtiger Vergleich der (Gesamt-)Fallwerte z. B. der Quartale 1/2008 mit 1/2009 ist einem Arzt erst nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des Quartals 1/2009 möglich, da erst dann sämtliche Honorarbestandteile in die Betrachtung einfließen können.

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Das folgende *fiktive Beispiel 5* eines Hausarztes soll diese Problematik illustrieren:

1/2008		1/2009	
Umsatz aus budgetierten Leistungen nach alter KV-spezifischer Mengensteuerung	30.000 Euro	RLV: 800 Fälle aus Vorjahresquartal x 35 EURO Fallwert <sub>Arztgruppe</sub> x 1,1 Altersfaktor (vgl. Bsp. 1)	30.800 Euro
Umsatz aus budgetierten Leistungen im Vorwegabzug	5.000 Euro	Zusatz-RLV: 2.400 EURO für Psychosomatik und 1.200 EURO für Kleinchirurgie (vgl. Bsp. 3)	3.600 Euro
		Abgestaffelte Leistungen bei RLV-Überschreitung (Annahme)	1.000 Euro
		Freie Leistungen innerhalb der MGV (Annahme)	6.500 Euro
Extrabudgetäre Leistungen	10.000 Euro	Freie Leistungen außerhalb der MGV (Annahme)	7.000 Euro
Gesamtumsatz	45.000 Euro	Gesamtumsatz	48.900 Euro
Ambulant-kurative Fallzahl	800	Ambulant-kurative Fälle	820
Gesamtfallwert (Gesamtumsatz 45.000 EURO / aktuelle Fallzahl 800)	56,25 Euro	Gesamtfallwert (Gesamtumsatz 48.900 Euro / aktuelle Fallzahl 820)	59,63 Euro

Sinkt das Regelleistungsvolumen im 2. Quartal 2009 durch die Verschiebung der Osterfeiertage?

Einige Kassenärztliche Vereinigungen argumentieren, das Regelleistungsvolumen im 2. Quartal 2009 sinkt, weil die Osterfeiertage 2008 im ersten Quartal lagen und damit die Fallzahl im 2. Quartal höher ausfiel als üblicherweise.

In den wenigen bislang vorliegenden Auswertungen liegen die Fallwerte im 2. Quartal tatsächlich unterhalb der Fallwerte des 1. Quartals 2009. Das Sinken des Fallwertes muss jedoch nicht zwangsläufig Auswirkungen auf die Höhe des Regelleistungsvolumens haben. Denn das Regelleistungsvolumen ist das Produkt aus Fallwert und Fallanzahl. Da aber Fallzahl und Fallwert von einander abhängen – wie zwei korrespondierende

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Röhren – verändert sich das Gesamtergebnis nicht. Steigt die Fallzahl, sinkt der Fallwert oder sinkt die Fallzahl, steigt der Fallwert. Das Regelleistungsvolumen würde in der Regel in beiden Fällen stabil bleiben. Leider wird dieser Zusammenhang von den Kassenärztlichen Vereinigungen gerne verschwiegen.

Was ist dann aber die Ursache für eventuell sinkende Regelleistungsvolumen?

Bedeutender für die Höhe des Regelleistungsvolumens ist die relevante Vergütungshöhe der jeweiligen Arztgruppe. Da diese z. B. von der Höhe der Rückstellungen und Vorwegabzüge abhängig ist, sind die Ursachen für veränderte Regelleistungsvolumen von einem Quartal aufs andere in der Kalkulation der Kassenärztlichen Vereinigungen selber zu suchen.

Ein weitere Ursache, die nicht durch die Honorarreform verursacht wird, kann einen wichtigen Einfluss auf die Höhe des Fallwertes im 2. Quartal haben: die saisonale Schwankung der Gesamtvergütung. In den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen schwankt die Höhe der saisonalen Vergütung aufgrund der unterschiedlichen quartalsbezogenen Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen durch die Patienten. So ist traditionell das Sommerquartal (3. Quartal) das Quartal mit der geringsten Vergütung und das 4. und 1. Quartal, die Winterquartale, die Zeitspanne mit der höchsten Vergütung in den meisten Kassenärztlichen Vereinigungen.

Warum protestieren die Ärzte nur in bestimmten Regionen?

Sowohl bestimmte Arztgruppen als auch bestimmte Regionen profitieren von der Reform. Im Rückschluss gibt es bestimmte Regionen und Arztgruppen, die weniger gewinnen. Insgesamt gibt es allerdings bezogen auf 2007 keine Kassenärztliche Vereinigung, deren Gesamthonorarvolumen rückläufig ist.

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Entsprechend dem selbst gesteckten Ziel der Reform erhalten die Ärzte in den neuen Bundesländern deutlich mehr Geld als bisher. Geringere Zuwächse fahren indes beispielsweise Ärzte in Bayern, Baden-Württemberg, NRW und Schleswig-Holstein ein. Hier gab es bereits in 2008 einen deutlichen Honorarsprung nach oben – tw. um bis zu 7 Prozent. Da die Bezugsbasis der Honorarreform das Jahr 2007 war, verringern sich die Zuwächse 2009 entsprechend um die bereits 2008 realisierten – zeitlich vorgezogenen – Gewinne.

Auch zwischen einzelnen Arztgruppen gibt es Unterschiede. Während Hausärzte kaum Kritik üben, protestieren Fachärzte wie Orthopäden und Augenärzte. Selbst innerhalb einer Arztgruppe gibt es Ärzte, die deutlich gewinnen und andere, die kaum Gewinne einfahren oder so gar verlieren. Dies hängt stark vom Profil bzw. den angebotenen und erbrachten Leistungen der einzelnen Praxis und des einzelnen Arztes ab.

### Was fordern Ärzte?

Statt die innerärztlichen Verteilungsprobleme zu lösen, fordern die Ärzte mehr Geld. Die Forderungen schwanken je nach Institution und Verband zwischen einigen hundert Millionen Euro bis zu 1,5 Milliarden Euro. Der GKV-Spitzenverband bezieht hier jedoch klare Position: Zusätzliches Geld aus dem Portemonnaies der Beitragszahler kann es auf der Bundesebene nicht geben.

Bunkern die Kassen Gelder, die eigentlich den Ärzten zustehen? Leistungen, die von Ärzten erbracht werden, bezahlen die Krankenkassen. Das Krankenkassen hier Gelder zurückhalten würden, stimmt nicht. Dennoch kann es sein, dass in einem Quartal nicht alle Gelder der Kassen sofort an die einzelnen Ärzte der

# Fakten und Zahlen

## Thema: Honorarreform



Kassenärztlichen Vereinigung fließen. Denn bei den Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Rückstellungen für bestimmte Leistungen aus dem Geld der Kassen gebildet werden. Diese Gelder gehen den Ärzten nicht verloren, sie werden allerdings erst schrittweise im Verlauf des Jahres verteilt.

Was tun die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband in dieser Situation?

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband sprechen im Erweiterten Bewertungsausschuss weiter miteinander, um Details der Honorarreform zu verbessern. Bereits im Januar haben sich beide Seiten grundsätzlich auf eine zeitliche Begrenzung der Verwerfungen nach oben und nach unten geeinigt (Konvergenzphase). Bis Ende 2010 wird es damit eine schrittweise Angleichung der Honorare geben. Auch in den einzelnen Regionen gibt es Spielräume für Kassen und Ärzte. Bei aller Gesprächsbereitschaft ist die Position des GKV-Spitzenverbandes jedoch klar: Mehr Geld auf der Bundesebene kann es nicht geben. Die Verteilung der Honorare ist nach wie vor Kernaufgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen.

Wird die Versorgung der Patienten durch die Honorarreform belastet?

Der übergroße Teil der Ärzte behandelt die Patienten weiterhin gut. Einige Ärzte jedoch schicken Patienten als Protest wegen vermuteter Honorarverluste weg oder verlangen Vorkasse. Das ist nicht erlaubt, ja sogar rechtswidrig. Mit der Kassenzulassung haben sich die Ärzte verpflichtet, jeden gesetzlich Versicherten zu behandeln. Wenn Ärzte Vorkasse verlangen, sollten Patienten dies auf keinen Fall akzeptieren und sich stattdessen an ihre jeweiligen Krankenkassen

## Fakten und Zahlen

### Thema: Honorarreform



wenden. Die Kasse kann über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung juristische Schritte gegen diese Ärzte prüfen lassen und den Patienten ggf. auch andere Ärzte vermitteln.

Wann wissen die Ärzte, was sie im 1. Quartal 2009 verdient haben?  
Die Abrechnungen des 1. Quartals 2009 gibt es für die Ärzte frühestens Anfang Juli 2009; ein realistisches Bild für die meisten Regionen zeigt sich dann vermutlich erst im Juli /August 2009.

Was verdienen Ärzte derzeit im Durchschnitt?

Als jährlicher Durchschnittsverdienst von niedergelassenen Ärzten werden vom Statistischen Bundesamt 2003 etwa 126.000 Euro brutto ausgewiesen. Radiologen stehen mit 209.000 Euro an der Spitze, wohingegen Allgemeinmediziner mit 104.000 Euro das untere Ende bilden. Fachärzte rangieren im Mittelfeld: Frauenärzte mit 119.000 Euro, Augenärzte mit 124.000 Euro oder Orthopäden mit 160.000 Euro. Im Einzelfall können die Einnahmen pro Arzt nach oben, aber auch nach unten stark abweichen. Im Spätsommer 2009 will das Statistische Bundesamt aktuelle Zahlen vorlegen.