



Spitzenverband

Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

1. 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.

2. 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 besetzte Gremium nicht einigen, werden drei Unparteiische hinzugezogen. Das Verhandlungsgremium nennt sich nun Erweiterter Bewertungsausschuss. Für den Erweiterten Bewertungsausschuss sieht das Gesetz Mehrheitsentscheidungen vor. Das heißt, die Beschlussfähigkeit des Erweiterten Bewertungsausschusses setzt lediglich voraus, dass die Mehrheit der Mitglieder anwesend ist.

3. 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 mehrere 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
- Mengensteuerung zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung vertragsärztlicher Leistungen - erreicht



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

- 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 12 Prozent oder mindestens 3,5 Milliarden Euro bezogen auf das Jahr 2007 aus

4. 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.

5. 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 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 einfuhren (von 16,1 bis 24,6 Prozent, Durchschnitt 19,7 Prozent), fielen die Steigerungen bei den Kassenärztlichen Vereinigungen in den



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

alten Bundesländern deutlich geringer aus (von 2,5 bis 16,5 Prozent, Durchschnitt 8,3 Prozent).

6. 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.

7. 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.¹ Bis zur Höhe des individuellen 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:

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

¹ 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: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

Fallwert_{Arztgruppe}: 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 unter 9.)

RLV-Fallzahl_{Arzt}: In den ersten beiden Quartalen 2009 gelten für die RLV-Fallzahlen folgende Übergangsbestimmungen:

- Bei Einzelpraxen werden die Behandlungsfälle des Vorjahresquartals zugrunde gelegt.
- In fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird die je Arzt zu berücksichtigende RLV-Fallzahl aus der Anzahl der Behandlungsfälle des Vorjahresquartals der Arztpraxis durch die Anzahl der zu berücksichtigenden Ärzte der Praxis dividiert.
- Bei fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen wird die RLV-Fallzahl aus der Anzahl der abgerechneten arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen des jeweiligen Vorjahresquartals hergeleitet.

Gemäß der aktuellen Beschlusslage des Bewertungsausschusses gelten ab dem

1. Juli 2009 folgende Regelungen zur Ermittlung der RLV-Fallzahl:

- Bei Einzelpraxen ergibt sich keine Änderung; die Anzahl der RLV-relevanten Fälle des Arztes entspricht den kurativ-ambulanten Behandlungsfällen (hier identisch mit der Arztfallzahl) im jeweiligen Vorjahresquartal.
- In Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten wird die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes ermittelt, indem die Behandlungsfälle des Vorjahresquartals der



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

Praxis mit dem arztbezogenen Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis multipliziert wird.

Altersfaktor: Hiermit wird das Alter der von einem Arzt behandelten Patienten - und demzufolge der unterschiedliche Behandlungsaufwand - berücksichtigt². Es werden verschiedene Altersklassen unterschieden:

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

Fiktives Beispiel 1: Arzt Dr. Mustermann (Hausarzt) hatte im Vorjahresquartal 800 kurativ-ambulante Behandlungsfälle, 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:

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

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 kurativ-ambulante Behandlungsfälle, 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).

² 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: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

Sein Regelleistungsvolumen (52.939 Euro) berechnet sich jetzt wie folgt:

	RLV-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 _{Arzt} (nach Gewichtung mit Altersfaktor 1,1) im Quartal			52.939 Euro

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 Regel-leistungsvolumen eine garantierte Mindesteinnahme.

Neben dem mengenmäßig begrenzten Regelleistungsvolumen gibt es vier weitere Honorarbestandteile:

- a) Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge zum Regelleistungsvolumen für Haus- und Fachärzte: Hierbei handelt es sich um bundesweit einheitliche Euro-Zuschläge zum Fallwert für qualitätsgebundene Leistungen, die bei Vorliegen der entsprechenden Abrechnungsgenehmigung(en) gewährt werden.

Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009



Spitzenverband

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge für Hausärzte:

Leistungsbereiche	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

Qualitätsgebundene Fallwertzuschläge für Fachärzte³:

Diagnostische Radiologie (Teilradiologie)	Euro-Wert
<i>Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie</i>	6,10
<i>Fachärzte für Frauenheilkunde</i>	3,90
<i>Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde</i>	0,80
<i>Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören</i>	3,80
<i>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Gastroenterologie</i>	2,10
<i>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Kardiologie</i>	1,30
<i>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Pneumologie</i>	4,70
<i>Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt Rheumatologie</i>	5,40
<i>Fachärzte für Mund-,Kiefer- und Gesichtschirurgie</i>	2,30
<i>Fachärzte für Neurochirurgie</i>	4,70
<i>Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie</i>	7,20
<i>Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin</i>	6,60
<i>Fachärzte für Urologie</i>	3,30
<i>Sonstige Fachgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebietes gehört</i>	5,30

³ Für die ersten beiden Quartale 2009 gab es für Fachärzte einen bundeseinheitlichen und nicht nach Arztgruppen differenzierten Fallwertzuschlag in Höhe von 5 Euro. Ab dem dritten Quartal 2009 wird der Fallwertzuschlag – wie in der Tabelle dargestellt – nach Arztgruppen differenziert.



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

Die Berechnung dieser zusätzlichen Honorarvolumina erfolgt durch Multiplikation der arztindividuellen RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals mit dem jeweiligen Euro-Zuschlag.

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

$$\begin{aligned} \text{Zusatz-RLV} &= 800 \text{ RLV-Fälle} \times 3,00 \text{ Euro (Psychosomatik)} + \\ &800 \text{ RLV-Fälle} \times 1,50 \text{ Euro (Kleinchirurgie)} = 2.400 \text{ Euro} + \\ &1.200 \text{ Euro} = 3.600 \text{ Euro} \end{aligned}$$

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.⁴

⁴ Generell gilt, dass Über- bzw. Unterschreitungen zwischen den Zusatz-RLV's der Hausärzte ausgeglichen bzw. verrechnet werden können. Von diesen Verrechnungen ausgenommen sind die Bereiche Sonographie und Psychosomatik. Vgl. Beispiel 3: Hat Dr. Mustermann sein Psychosomatik Zusatz-RLV (2.400 Euro) z.B. um 500 Euro überschritten, kann er diese Überschreitungsmenge nicht mit dem Zusatz-RLV für Kleinchirurgie (1.200 Euro) verrechnen, falls dieses nicht ausgeschöpft worden sein sollte. Verfügt er statt dessen über ein weiteres Zusatz-RLV z.B. für Ergometrie in Höhe von 1.200 Euro (800 RLV-Fälle x 1,50 Euro), welches er um beispielsweise 500 Euro überschritten hätte, könnte er die Überschreitung (500 Euro) bis zur Höhe einer möglichen Unterschreitung des Zusatz-RLV Kleinchirurgie miteinander verrechnen. Die nicht verrechnungsfähigen restlichen Leistungen (auch die des Zusatz-RLV für Psychosomatik) werden nicht mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung, sondern mit abgestaffelten Preisen vergütet. Überschreitungen der Zusatz-RLV können darüber hinaus auch bis zu Höhe einer möglichen Unterschreitung des RLV verrechnet werden. Eine Verrechnung von Überschreitungen des RLV mit möglichen Unterschreitungen der Zusatz-RLV hingegen ist nicht möglich.



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

Fiktives Beispiel 4: Dr. Mustermann (Chirurg) besitzt eine Abrechnungsgenehmigung für Leistungen der diagnostischen Radiologie. Seine RLV-Fallzahl beträgt 1.200 (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:

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

$$\text{Zusatz-RLV} = 1.200 \text{ RLV-Fälle} \times 6,10 \text{ Euro (Zuschlag für diagnostische Radiologie ab 3/2009)} = 7.320 \text{ Euro}$$

- b) 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 Kostenpauschalen⁵.
- c) 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,

⁵ Ab dem dritten Quartal 2009 wurden weitere Leistungen aus den RLV herausgelöst und dem Bereich der Vorwegabzüge zugeordnet. Dabei handelt es sich um nephrologische Leistungen der Haus- und Fachärzte, und (nur bei Fachärzten) um Anästhesieleistungen, Bronchoskopien, Gesprächs- und Betreuungsleistungen der Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte und Psychiater.



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

Leistungen der Strahlentherapie, Leistungen der künstlichen Befruchtung und der Substitutionsbehandlung.

- d) 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 2 Prozent bereitzustellen. Die Höhe der Abstufung ergibt sich aus dem Verhältnis des je Versorgungsbereich zur Verfügung stehenden Finanzvolumens (2 Prozent) und dem sich je Versorgungsbereich ergebenden RLV-Überschreibungsvolumens.⁶

Wie viel Geld der Arzt für diese vier zusätzlichen Bereiche (a-d) 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.

⁶ Im ersten Halbjahr 2009 beträgt der Abzug 3 Prozent, die Reduzierung auf 2 Prozent gilt ab dem dritten Quartal 2009. Beispiel: In einer KV steht aus dem 2-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: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

8. Werden Kooperationsgemeinschaften in der vertragsärztlichen Versorgung gefördert?

Ab dem dritten Quartal 2009 gelten folgende Zuschlagsregelungen⁷: Fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe erhalten einen Zuschlag auf ihr RLV in Höhe von 10 Prozent. Fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen erhalten bis zu maximal 6 Arztgruppen einen Zuschlag in Höhe von jeweils 5 Prozent je Arztgruppe auf ihr RLV. Von der 7. bis zur 10. Arztgruppe beträgt der Zuschlag zum RLV jeweils 2,5 Prozent, so dass diese Kooperationsformen einen Zuschlag auf das RLV in Höhe von maximal 40 Prozent erhalten können. Damit soll sichergestellt werden, dass die Inanspruchnahme von mehreren Ärzten durch einen Versicherten innerhalb eines Quartals angemessen berücksichtigt wird, ohne dass dadurch negative Auswirkungen auf die Höhe der arztgruppenspezifischen RLV-Fallwerte zu erwarten sind.

9. 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 Gesamthonorars des Arztes mit der Fallzahl des Arztes). Dieser Fallwert, der sich auf das durchschnittliche Honorar je Behandlungsfall bezieht und sämtliche Honorarbestandteile

⁷ Im ersten Halbjahr 2009 galt für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe bereits die Regelung des Aufschlages von 10 Prozent, während bei fach- und schwerpunktübergreifenden Kooperationsformen durch die Heranziehung der Anzahl der arzt-spezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen bei der RLV-Berechnung bereits ein Ausgleich stattgefunden hat.



Spitzenverband

Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen
Vergütung 2009

beinhaltet, ist nicht zu verwechseln mit den nach der neuen Honorarsystematik zur Bemessung des arztindividuellen Regelleistungsvolumens heranzuziehenden (RLV-)Fallwerten der jeweiligen Arztgruppen. Wie bereits unter 7. 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 besitzen⁸.

⁸ 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: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

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 _{Arztgruppe} 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

10. Was ist die Ursache für sinkende bzw. schwankende Regelleistungsvolumen?

Wie bereits dargestellt, unterliegen die Regelleistungsvolumen bzw. die den Regelleistungsvolumen zugrundeliegenden (RLV-) Fallwerte der Arztgruppen verschiedenen Einflüssen. Ein Hauptgrund für schwankende RLV-Fallwerte ist die unterjährig variierende Höhe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. In vielen KV-Regionen unterliegt die je Quartal zur Verfügung stehende morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gewissen saisonalen Schwankungen, die der unterschiedlichen Inanspruchnahme geschuldet sind. So fallen die Gesamtvergütungen in den Winterquartalen traditionell am höchsten aus, das dritte Quartal (Sommerquartal) hingegen am niedrigsten. Weitere Einflussgrößen sind in der - zum Teil durch Feiertage bedingten - variierenden Anzahl der Behandlungsfälle



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

und in der Höhe der jeweils im Bereich der Vorwegabzüge (inkl. Rückstellungen) eingestellten Beträge zu sehen.

Hier bestehen Wechselwirkungen⁹, die direkten Einfluss auf die Höhe der RLV-Fallwerte der einzelnen Arztgruppen haben können. Gründe für Fallwertrückgänge können auch durch die jeweilige Beschlusslage der Bundesebene hervorgerufen werden. So hat der Bewertungsausschuss bspw. im April eine Reihe von Änderungen beschlossen, die die Höhe arztgruppenspezifischer Fallwerte tangieren, nicht jedoch die Höhe der zu entrichtenden morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (vgl. Fußnote 5 unter 7b). Als Beispiel sei hier die Herausnahme bestimmter Leistungen aus den RLV-Leistungen einer Fachgruppe (wie z. B. bei Anästhesisten) und Zuordnung dieser Leistungen zum Bereich der freien Leistungen innerhalb der Vorwegabzüge genannt. Dadurch kommt es zwangsläufig zu einer Absenkung des Fallwertes dieser Arztgruppe. Als Ausgleich dafür erhalten die betreffenden Arztgruppen die Möglichkeit, diese Leistungen ohne Mengenbegrenzung abzurechnen.

11. 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.

Entsprechend dem selbst gesteckten Ziel der Reform erhalten die Ärzte in den neuen Bundesländern deutlich mehr Geld als

⁹ Unter der Annahme, dass einer Arztgruppe jedes Quartal das gleiche RLV-Honorarvolumen zur Verfügung stehen würde, hätten die RLV-Fallzahlen der Vorjahresquartale unmittelbaren Einfluss auf die Höhe des RLV-Fallwertes (hohe RLV-Fallzahlen würden den RLV-Fallwert sinken lassen, niedrige RLV-Fallzahlen ließen den RLV-Fallwert der Arztgruppe steigen). Im umgekehrten Fall (variables RLV-Vergütungsvolumen der Arztgruppe, gleiche RLV-Fallzahlen) würde ein Rückgang des RLV-Vergütungsvolumens der Arztgruppe zu einem Rückgang des RLV-Fallwertes der Arztgruppe führen und umgekehrt.



Spitzenverband

Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen
Vergütung 2009

bisher. Geringere Zuwächse sind indes beispielsweise für Ärzte in Bayern, Baden-Württemberg, NRW und Schleswig-Holstein zu verzeichnen. 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.

12. Welche Ziele verfolgen die Ärzte mit ihren Protestaktionen? 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.

13. Bunkern die Kassen Gelder, die eigentlich den Ärzten zustehen?

Leistungen, die von Ärzten erbracht werden, bezahlen die Krankenkassen. Dass 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 Kassenärztlichen Vereinigung fließen. Denn bei den Kassenärztlichen Vereinigungen müssen Rückstellungen für



Spitzenverband

Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen
Vergütung 2009

bestimmte Leistungen bzw. Verwendungszwecke aus dem Geld der Kassen gebildet werden. Sofern diese Rückstellungen nicht in den jeweiligen Quartalsabrechnungen vollständig aufgelöst werden – was von den regionalen Honorarverteilungs- und Zahlungsmodalitäten, die durch die Gesamtvertragspartner beschlossen wurden, abhängt –, stehen diese Gelder in den Folgeperioden der Gesamtvergütung wieder zur Verfügung, gehen den Ärzten also nicht verloren.

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

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband verhandeln im Erweiterten Bewertungsausschuss weiter, 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. Zwischenzeitlich wurden die Spielräume im Rahmen der Konvergenzregelungen für die Gesamtvertragspartner in den einzelnen Regionen durch weitergehende Beschlüsse des Bewertungsausschusses nochmals deutlich erweitert, um regionale Besonderheiten des Versorgungsgeschehens angemessen berücksichtigen zu können. 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.



Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen Vergütung 2009

15. Wird die Versorgung der Patienten durch die Honorarreform belastet?

Der übergroße Teil der Ärzte behandelt die Patienten weiterhin gut. Einige Ärzte jedoch schicken Patienten aus 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 wenden. Die Kasse kann über die zuständige Kassenärztliche Vereinigung juristische Schritte gegen diese Ärzte prüfen lassen und den Patienten ggf. auch andere Ärzte vermitteln.

16. Wann wissen die Ärzte, was sie im 1. Quartal 2009 verdient haben?

Die Ärzte erhalten die Abrechnungen eines Quartals mit einem zeitlichen Verzug von ca. drei bis vier Monaten. So lange brauchen die KVen, um die Abrechnungen für ein Quartal zu erstellen. Demnach erhalten die Ärzte ihre Abrechnungen des 1. Quartals 2009 frühestens Ende Juni/Anfang Juli 2009; ein realistisches Bild für die meisten Regionen zeigt sich dann vermutlich erst im Juli/August 2009.

17. Was verdienen Ärzte derzeit im Durchschnitt?

Als jährlicher Durchschnittsverdienst von niedergelassenen Ärzten werden vom Statistischen Bundesamt 2003 etwa 120.000 Euro brutto ausgewiesen. Radiologen stehen mit 209.000 Euro an der Spitze, andere Fachärzte wie die Frauenärzte mit 119.000 Euro, die Augenärzte mit 124.000 Euro oder die Orthopäden mit 160.000 Euro rangieren im Mittelfeld, wohingegen Allgemeinmediziner mit 104.000 Euro das untere Ende bilden.



Spitzenverband

Fakten und Zahlen

Thema: Reform der ärztlichen
Vergütung 2009

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.