

# Fakten zur ärztlichen Versorgung und zur Honorarreform in Baden-Württemberg

Hofmann R. <sup>1</sup>, Fallaschek I. <sup>2</sup>, Willkomm N. <sup>3</sup>, Winkler F. <sup>4</sup>

Stand Juni 2009

---

<sup>1</sup> Rolf Hofmann, IKK Baden-Württemberg und Hessen

<sup>2</sup> Ilona Fallaschek, BKK Landesverband Baden-Württemberg

<sup>3</sup> Nina Willkomm, Knappschaft

<sup>4</sup> Frank Winkler, Verband der Ersatzkassen (vdek), Landesvertretung Baden-Württemberg

# Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung und zur Honorarreform in Baden-Württemberg

## 1. Ziel des Faktenpapiers

Ziel des vorliegenden Faktenpapiers ist es, Zahlen, Daten und Fakten zur vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg sachgerecht darzustellen, um damit auch die Diskussion um die vertragsärztliche Vergütung zu versachlichen. Gleichzeitig sollen Aussagen zum Grad der vertragsärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg getroffen werden.

## 2. Aktuelle Situation

In den vergangenen Monaten haben einige Ärzte und Ärztegruppen den **Honorarstreit auf dem Rücken der Patienten ausgetragen**, um ihrem Ansinnen nach mehr Geld den notwendigen Druck zu verleihen. Einzelne Praxen gingen so weit, die Versicherten nur noch gegen Vorkasse bzw. Privatliquidation zu behandeln, andere Ärzte wiederum schlossen ihre Praxis. Ein derartiges Vorgehen ist grob rechtswidrig. Vertragsärzte, die dies praktizieren, müssen mit disziplinarrechtlichen Schritten rechnen, die bis zum Entzug der Zulassung gehen können. Patienten haben ein Recht darauf, qualitativ hochwertig und so oft wie medizinisch notwendig behandelt zu werden – und zwar ohne dass sie dafür über die gesetzliche Verpflichtung hinaus (z. B. Praxisgebühr) etwas dazuzahlen oder in Vorkasse gehen müssen.

Lt. Presseberichten hat Ministerpräsident Günther H. Oettinger von Bundeskanzlerin Merkel die Zusage erhalten, dass die Einbußen der Vertragsärzte in Baden-Württemberg im Jahr 2009 vom Bund ausgeglichen werden. Ministerpräsident Oettinger geht von einem Nachschlag in einer Größenordnung von **140 Mio. EUR** aus. Aus welchen finanziellen Ressourcen diese zusätzlichen 140 Mio. EUR aufgebracht werden sollen, ist bislang unklar. Hierzu wurden weder von Seiten der Bundeskanzlerin noch von Herrn Ministerpräsident Oettinger Aussagen getätigt.

Die baden-württembergischen Krankenkassen wenden für vertragsärztliche Leistungen im Jahr 2009 über **3,7 Mrd. EUR** auf. Darüber hinaus stellen die Krankenkassen in Baden-Württemberg den Vertragsärzten bereits zusätzlich **35 Mio. EUR** zur Finanzierung von vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 zur Verfügung. Dieses Geld wird von Beitragszahlern aufgebracht, die in der derzeitigen wirtschaftlichen Lage nicht wissen, ob ihr Arbeitsplatz weiterhin sicher ist. Das zugesagte Geld fließt in voller Höhe den Vertragsärzten zu – unabhängig von möglichen Einnahmeausfällen durch die wirtschaftliche Entwicklung.

### **3. Missverständnisse**

Der Unmut der Vertragsärzte resultiert aus überzogenen Erwartungen in Verbindung mit grundlegenden Missverständnissen, die die Politik und die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch eine unzureichende Kommunikation der Honorarreform verursacht haben. Drei Missverständnisse sollen hier aufgeklärt werden.

#### **3.1 Missverständnis 1: Der Durchschnitt**

Der bundesweit für 2009 berechnete Honorarzuwachs von durchschnittlich 10 % bedeutet nicht, dass der Zuwachs in jedem Bundesland, in jeder Arztgruppe und auch nicht in jeder einzelnen Praxis 10 % beträgt. Dass nicht alle Ärzte gleichermaßen profitieren, liegt auch deshalb auf der Hand, weil es eines der ausdrücklichen Ziele der Reform war, Leistungen bundeseinheitlich zu vergüten und so auch eine Angleichung zwischen West und Ost zu ermöglichen. Darüber hinaus wurde die Vergütung unter den Vertragsärzten neu verteilt, was ebenfalls zu Gewinnern und Verlierern geführt hat. Diese Vereinheitlichung war seitens der Politik so gewollt. Demzufolge liegen die Zuwächse von 2007 auf 2009 in den neuen Ländern durchweg im zweistelligen Bereich, während sie in den alten Ländern von 2,5 % (Baden-Württemberg) bis 16,5 % (Niedersachsen) reichen. Diese Nivellierung, verbunden mit einem Finanzabfluss aus Baden-Württemberg, war von den Verbänden und ihren Kassen nicht gewollt und wurde auch nicht unterstützt.

## 3.2 Missverständnis 2: Das Regelleistungsvolumen

Durch die Reform gibt es – von den Vertragsärzten lange gefordert – feste Preise für vertragsärztliche Leistungen, indem die Bewertungspunktzahl der jeweiligen ärztlichen Leistung mit dem bundesweit einheitlichen Punktwert in Höhe von 3,5001 Cent multipliziert wird. Um eine Orientierung am Notwendigen zu gewährleisten, ist die Menge der Leistungen, die abgerechnet werden kann, begrenzt – das so genannte Regelleistungsvolumen (RLV).

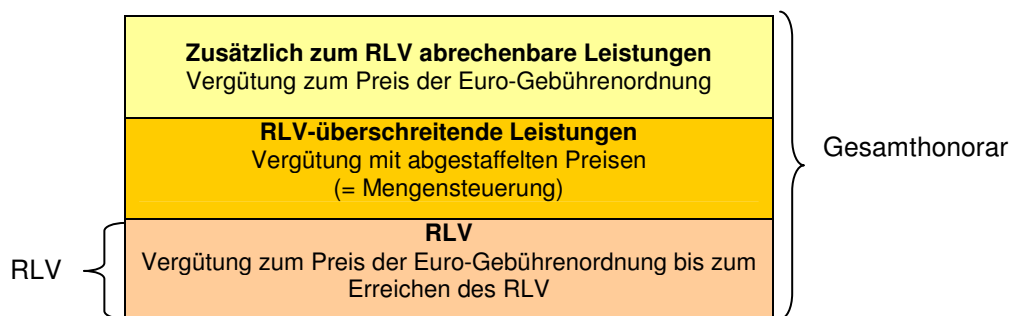
Dieses RLV vergleichen die Vertragsärzte nun in der öffentlichen Diskussion mit dem gesamten Honorar der Vergangenheit, um die vermeintliche Talfahrt zu belegen. Das RLV ist jedoch mit dem Gesamthonorar nicht vergleichbar, da das RLV nur einen Teil des Gesamthonorars ausmacht.

Leistungen, die das RLV übersteigen, werden zwar mit einem niedrigeren Punktwert belegt, aber dennoch vergütet.

Zusätzlich zum RLV können noch eine Vielzahl von Leistungen abgerechnet werden. Hierzu gehören zum Beispiel Leistungen im organisierten Notfalldienst, dringende Besuche, ambulante Operationen, Präventionsleistungen, Gastroskopien, Schmerztherapie, Akupunktur, Laborleistungen oder auch die Psychotherapie.

Abbildung 1:

### Bestandteile des ärztlichen GKV-Honorars



Beispiel:

Der RLV-Fallwert eines Arztes liegt bei 35 EUR und der Arzt betreut im Quartal 1.000 Patienten. Dies ergibt ein RLV in Höhe von 35.000 EUR. Innerhalb dieses RLV rechnet der Arzt RLV-relevante Leistungen zum Preis der Euro-Gebührenordnung ab. Unabhängig vom RLV-Fallwert rechnet der Arzt die tatsächlich erbrachten Leistungen ab. Bei Versicherten mit hoher Leistungsanspruchnahme ggf. mehr als den RLV-Fallwert, bei Versicherten mit niedriger Leistungsanspruchnahme entsprechend weniger.

Nach wie vor klagen die Vertragsärzte über zu niedrige Fallwerte (Vergütung je Versicherte, Arzt und Quartal), und auch die Protestaktionen sind nicht abgeebbt. Ob diese berechtigt sind, wird sich frühestens im Juli 2009 erweisen. Dann erst liegen die Abrechnungsergebnisse für das erste Quartal 2009 detailliert vor. Sie werden zeigen, ob die Furcht der Niedergelassenen vor überproportionalen Honorarverlusten gerechtfertigt ist oder ob die außerhalb des RLV vergüteten Leistungen für ein Auskommen auf dem gewohnt hohen Niveau sorgen.

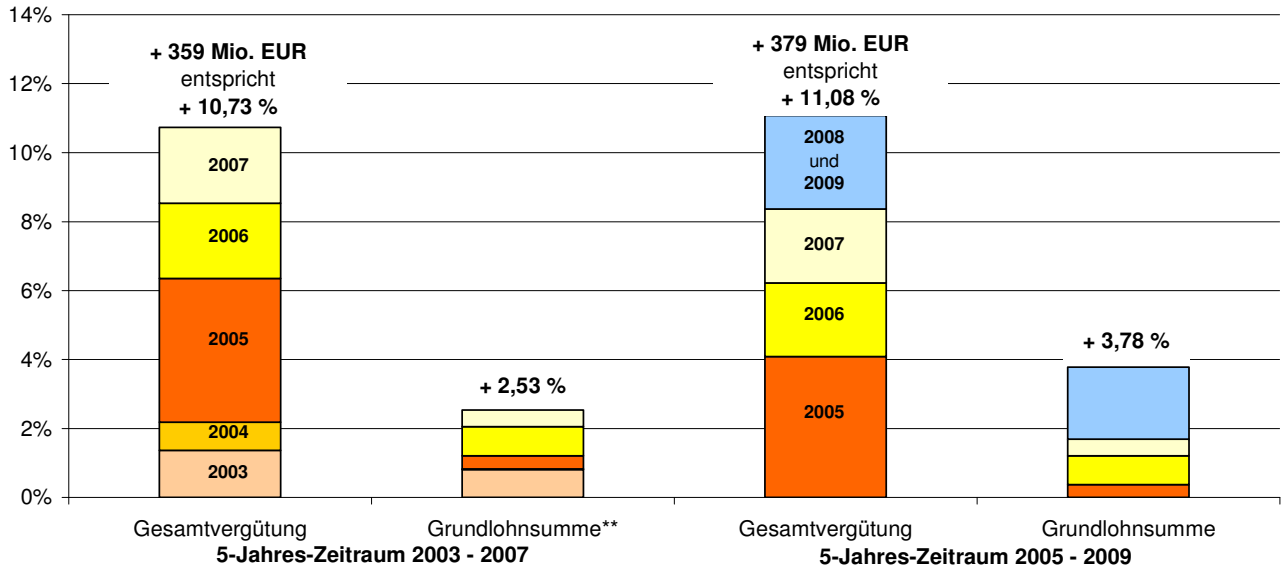
### **3.3 Missverständnis 3: Das Bezugsjahr**

Als im Laufe des Jahres 2008 eine Honorarreform 2009 verhandelt wurde, lag es in der Natur der Sache, dass sich die für Baden-Württemberg errechnete Vergütungssteigerung von 2,5 % auf das Basisjahr 2007 bezog – eben weil für 2008 noch keine Zahlen vorlagen. Was jedem Arztfunktionär klar war, ist offenbar nicht in allen Praxen angekommen. So ging mancher Arzt irrtümlich davon aus, dass sich der angekündigte Zuwachs für 2009 im Vergleich zum Vorjahr darstellen würde. Da nun aber das Honorar in Baden-Württemberg bereits vom Jahr 2007 auf das Jahr 2008 um 6,2 % gestiegen war, bedeutet dies für das Jahr 2009 im Vergleich zum Jahr 2008 einen Vergütungsrückgang.

Betrachtet man den 5-Jahres-Zeitraum 2003 bis 2007 so ergibt sich eine Vergütungssteigerung von 10,73 %. Trotz des Vergütungsrückgangs im Jahr 2009 liegt im 5-Jahres-Zeitraum 2005 bis 2009 die Vergütungssteigerung sogar bei 11,08 %. Dies erklärt sich aus den überdurchschnittlichen Steigerungen in den vorangegangenen Jahren. Bei dieser Betrachtung sind die von Herrn Ministerpräsident Oettinger in Aussicht gestellten 140 Mio. EUR noch nicht einmal berücksichtigt. Daher sind die derzeit stattfindenden Proteste nicht nachvollziehbar.

Abbildung 2:

**Entwicklung der Gesamtvergütung in Baden-Württemberg und der Grundlohnsummenveränderungsrate\* im Vergleich**



Quelle: Bericht des Bewertungsausschusses an das BMG für 2007  
 Angaben der KBV (Steigerung 2007 - 2008)  
 Berechnungen des Instituts des Bewertungsausschusses InBA (Steigerung 2007 - 2009)  
 Eigene Berechnungen / Eigene Darstellung

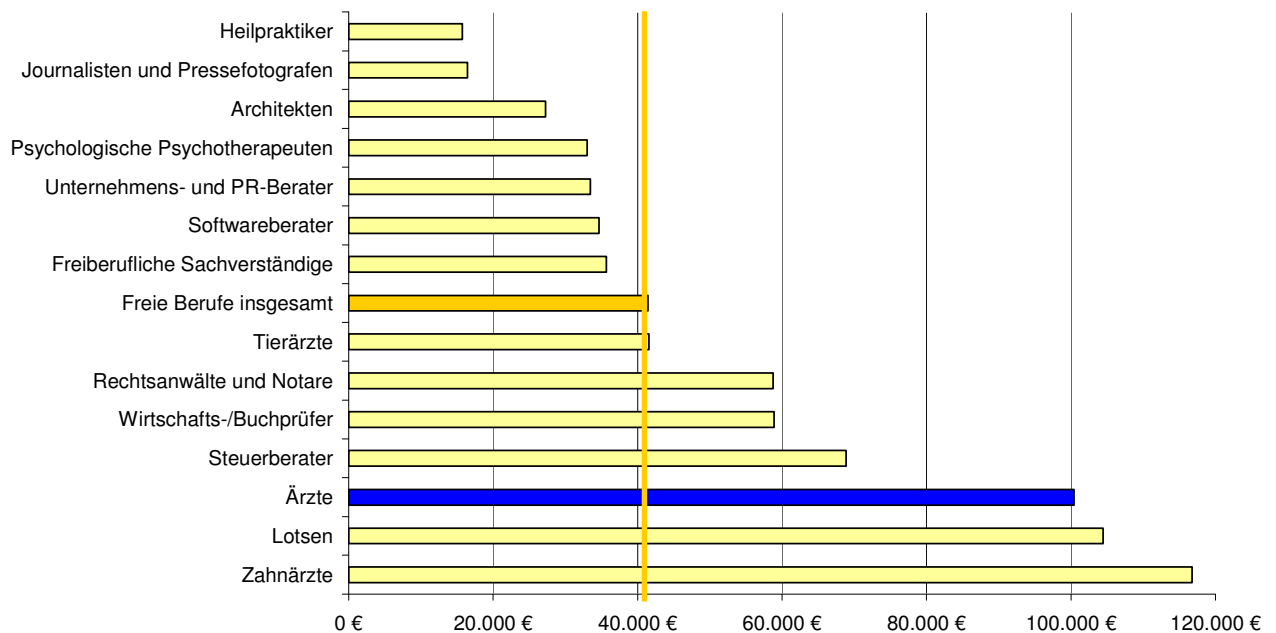
\* Steigerungsrate der Einnahmen der GKV  
 \*\* Grundlohnsumme 2004: 0,02 %, daher nicht sichtbar

## 4. Einkommen der Ärzte

Das Einkommen der Vertragsärzte resultiert zum einen aus der medizinischen Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten, zum anderen aus der Behandlung der Privatversicherten und Selbstzahlerleistungen. Im Vergleich zu anderen Freiberuflern zählen die niedergelassenen Vertragsärzte zu den Spitzenverdienern. Mit einem durchschnittlichen Einkommen von rd. 100.000 EUR verdienen niedergelassene Ärzte z. B. rd. 70 % mehr als Rechtsanwälte und Notare.

Abbildung 3:

### Durchschnittliche Einkünfte aus freiberuflicher Tätigkeit (Bund)



Quelle: Informationspaket des BMG; eigene Darstellung

## 4.1 Einkommen aus GKV-Tätigkeit

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg klagt massiv über Honorareinbußen. Was sie verschweigt: Vertragsärzte in **Nordwürttemberg** waren bisher bundesweit die **Spitzenverdiener ihrer Branche**.

Aus einem bundesweiten Vergleich über Umsatz und Überschuss je Vertragsarzt im Jahr 2007 ergibt sich: In 3 von 4 Bezirken der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg (Nordwürttemberg, Südwürttemberg, Nordbaden) lagen die Mediziner beim GKV-Überschuss deutlich über dem Bundesdurchschnitt. Die Vertragsärzte in Nordwürttemberg belegen mit einem durchschnittlichen GKV-Überschuss von 106.161 EUR den Spitzenplatz (Bundesdurchschnitt: 92.780 EUR). Nur in Südbaden rangieren die Vertragsärzte knapp unterhalb des Durchschnitts.

#### Abbildung 4:

Durchschnittlicher Umsatz und Überschuss\* je Arzt (ohne nicht-ärztliche Psychotherapeuten) aus der Leistungsabrechnung mit der Gesetzlichen Krankenversicherung – 2007  
– nach Kassenärztlichen Vereinigungen –

Kassenärztliche Vereinigung	GKV-Umsatz je Arzt in EUR	GKV-Überschuss je Arzt in EUR	In v.H.vom Durchschnitt West
<b>Nord-Württemberg</b>	<b>238.563</b>	<b>106.161</b>	<b>115,8</b>
Mecklenburg-Vorpommern	222.740	99.119	108,1
Niedersachsen	221.017	98.353	107,3
Bremen	220.888	98.295	107,2
Bayern	219.523	97.688	106,6
<b>Süd-Württemberg</b>	<b>216.438</b>	<b>96.315</b>	<b>105,1</b>
<b>Nordbaden</b>	<b>215.339</b>	<b>95.826</b>	<b>104,5</b>
Westfalen-Lippe	215.016	95.682	104,4
Sachsen-Anhalt	214.803	95.587	104,3
Brandenburg	211.295	94.026	102,6
Saarland	208.739	92.889	101,3
Sachsen	204.756	91.116	99,4
Hamburg	200.806	89.359	97,5
<b>Südbaden</b>	<b>198.776</b>	<b>88.455</b>	<b>96,5</b>
Rheinland-Pfalz	197.765	88.005	96,0
Schleswig-Holstein	197.639	87.949	95,9
Nordrhein	193.497	86.106	93,9
Thüringen	191.286	85.122	92,8
Hessen	183.758	81.772	89,2
Berlin	162.941	72.509	79,1
<b>Bund</b>	<b>206.247</b>	<b>91.780</b>	<b>100,1</b>
<b>Neue Länder</b>	<b>207.568</b>	<b>92.368</b>	<b>100,7</b>
<b>Alte Länder</b>	<b>206.026</b>	<b>91.682</b>	<b>100,0</b>

Quelle: Informationspaket des BMG

\*Überschüsse berechnet durch Abzug der durchschnittlichen Betriebsausgaben vom durchschnittlichen Umsatz mit der Gesetzlichen Krankenversicherung (d.h. ohne Einnahmen aus privatärztlicher Tätigkeit), Ermittlung der Betriebsausgaben jew. mit den Anteilen der Betriebsausgaben am Gesamtumsatz lt. KBV für 2007: 55,5 für alte und neue Länder

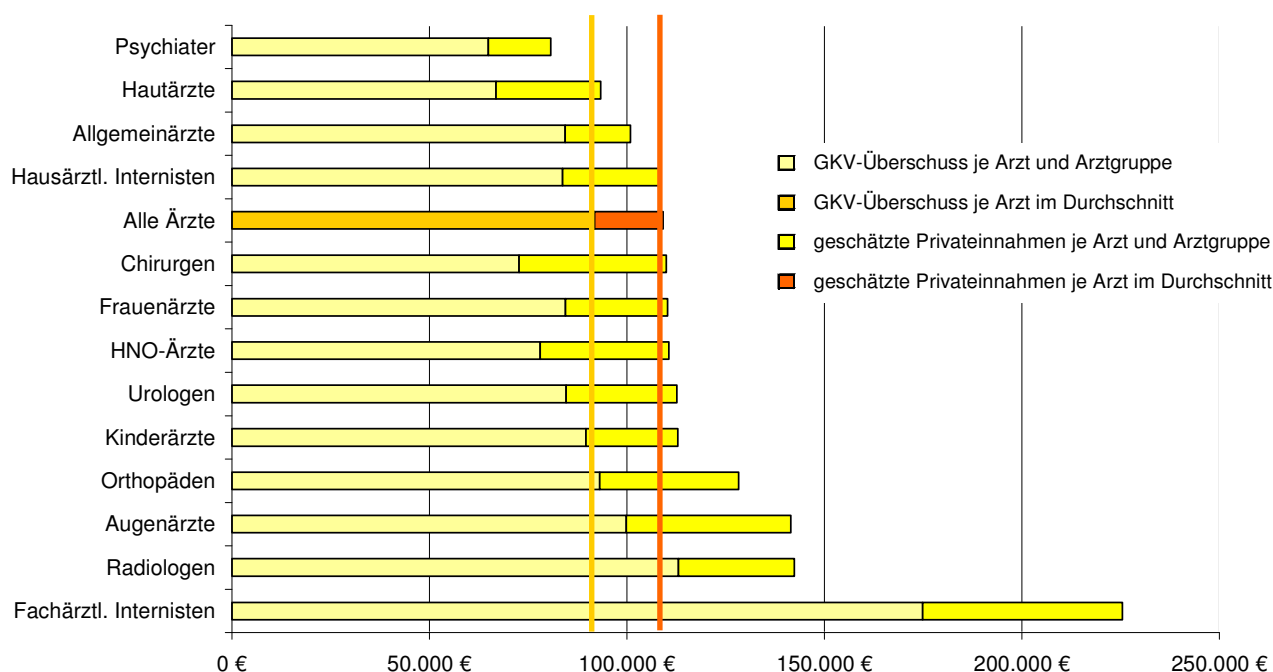


## 4.2 Einkommen aus privatärztlicher Tätigkeit

Nach einer Statistik des BMG haben die niedergelassenen Vertragsärzte zusätzlich zu ihren Abrechnungen mit der gesetzlichen Krankenversicherung im Jahr 2007 bundesweit insgesamt rund 4,6 Mrd. EUR Umsatz mit den Privatversicherungen gemacht. Der Anteil der privatärztlichen Einnahmen am Gesamtüberschuss je Vertragsarzt ist jedoch in den einzelnen Fachgruppen höchst unterschiedlich.

Abbildung 5:

### Durchschnittlicher Überschuss\* je Arzt (Bund)



Quelle: Informationspaket des BMG; eigene Darstellung

\* Überschüsse berechnet durch Abzug der durchschnittlichen Betriebsausgaben vom durchschnittlichen Umsatz mit der GKV

## 5. Vertragsärztliche Versorgungssituation

Regelmäßig vor Ärztetagen, so auch unlängst in Mainz, warnen die Ärzte vor einem drohenden Versorgungsnotstand im Gesundheitswesen. Die Ärzte befürchten, dass unter den zuvor genannten Voraussetzungen in der Vergütung von Vertragsärzten niemand mehr den Beruf des Arztes ergreifen wolle bzw. eine Vielzahl sich einer Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung verweigert. Dieser Trend könne nach Auffassung der Ärzte nur

mit einem entsprechenden finanziellen Anreiz abgewendet werden. Die Fakten dagegen sprechen eine andere Sprache.

Hierzu eine aktuelle Umfrage der Ärzte Zeitung:

**„Wie eh und je: Junge Ärzte zieht `s in die Praxis“**, so titelte die Ärzte Zeitung in ihrer Ausgabe vom 10. Juni 2009. Was reizt junge Ärzte daran, sich in einer Praxis niederzulassen? Die „Ärzte Zeitung“ befragte frisch gebackene Praxischefs. Eines wurde deutlich: Das Einkommen spielt keine so große Rolle bei der Entscheidung – eher das Verlangen nach Unabhängigkeit und besserer Vereinbarkeit von Familie und Beruf. Außerdem wurden als weitere Gründe, sich als Arzt niederzulassen, genannt: Patienten über eine längere Zeit betreuen, die Unabhängigkeit des Freiberuflers, die Gestaltungsmöglichkeiten, die Vielfältigkeit, Vermeidung von Stress im Klinikalltag (z.B. regelmäßige Nachtschichten, Unvereinbarkeit mit Kindern). Selbstkritisch wird angemerkt, dass im Studiengang Medizin betriebswirtschaftliche Grundlagen kein nennenswerter Bestandteil seien.

## 5.1 Versorgungsstruktur in Baden–Württemberg

Die aktuelle vertragsärztliche Versorgungsstruktur in Baden–Württemberg ist gut. Arztgruppenübergreifend kann ein gesetzlich Krankensversicherter, im Rahmen seiner freien Arztwahl, bei Bedarf immer noch und weiterhin auf eine große Vielfalt von Haus- und Fachärzten zurückgreifen.

Wie sich die Versorgungsstruktur einer Region darstellt, erkennt man am so genannten vertragsärztlichen Versorgungsgrad. Ein Versorgungsgrad von 100 % bedeutet, dass die Zahl der Vertragsärzte dem planerischen Soll entspricht, welches bundeseinheitlich durch den gemeinsamen Bundesausschuss festgelegt wird (Verhältniszahlen, unterschieden nach Planungsbereich und Arztgruppe).

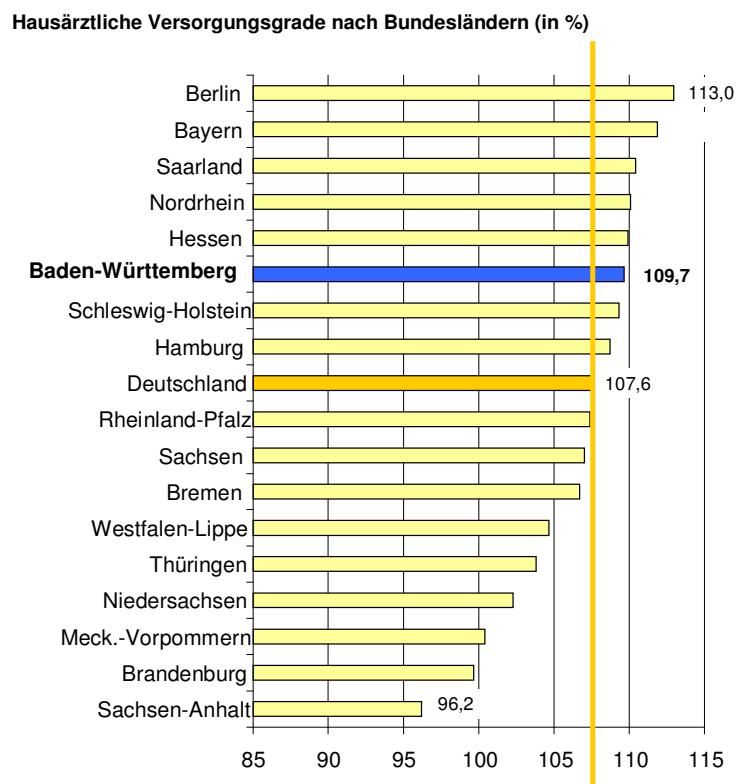
Von einer Überversorgung spricht man bei einem Versorgungsgrad von 110 % oder mehr. Unterversorgt mit Vertragsärzten einer Arztgruppe ist ein Planungsbereich bei einem Versorgungsgrad von 75 % bei Hausärzten und 50 % bei Fachärzten. Eine Unterversorgung ist nach aktuellem Kenntnisstand in Baden–Württemberg mittelfristig nicht zu befürchten. Die vertragsärztliche Versorgung in Baden–Württemberg wird vom Ministerium für Arbeit und Soziales und den verantwortlichen Akteuren des Gesundheitswesens kontinuierlich beobachtet und bewertet. Ebenso wurde das Thema

Unterversorgung bereits im dafür zuständigen Gremium (Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg) diskutiert.

## 5.2 Hausärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

Im Vergleich der Bundesländer belegt Baden-Württemberg bei der hausärztlichen Versorgung sogar eine Platzierung unter den ersten sechs und grenzt an eine Überversorgung mit Hausärzten.

Abbildung 6:

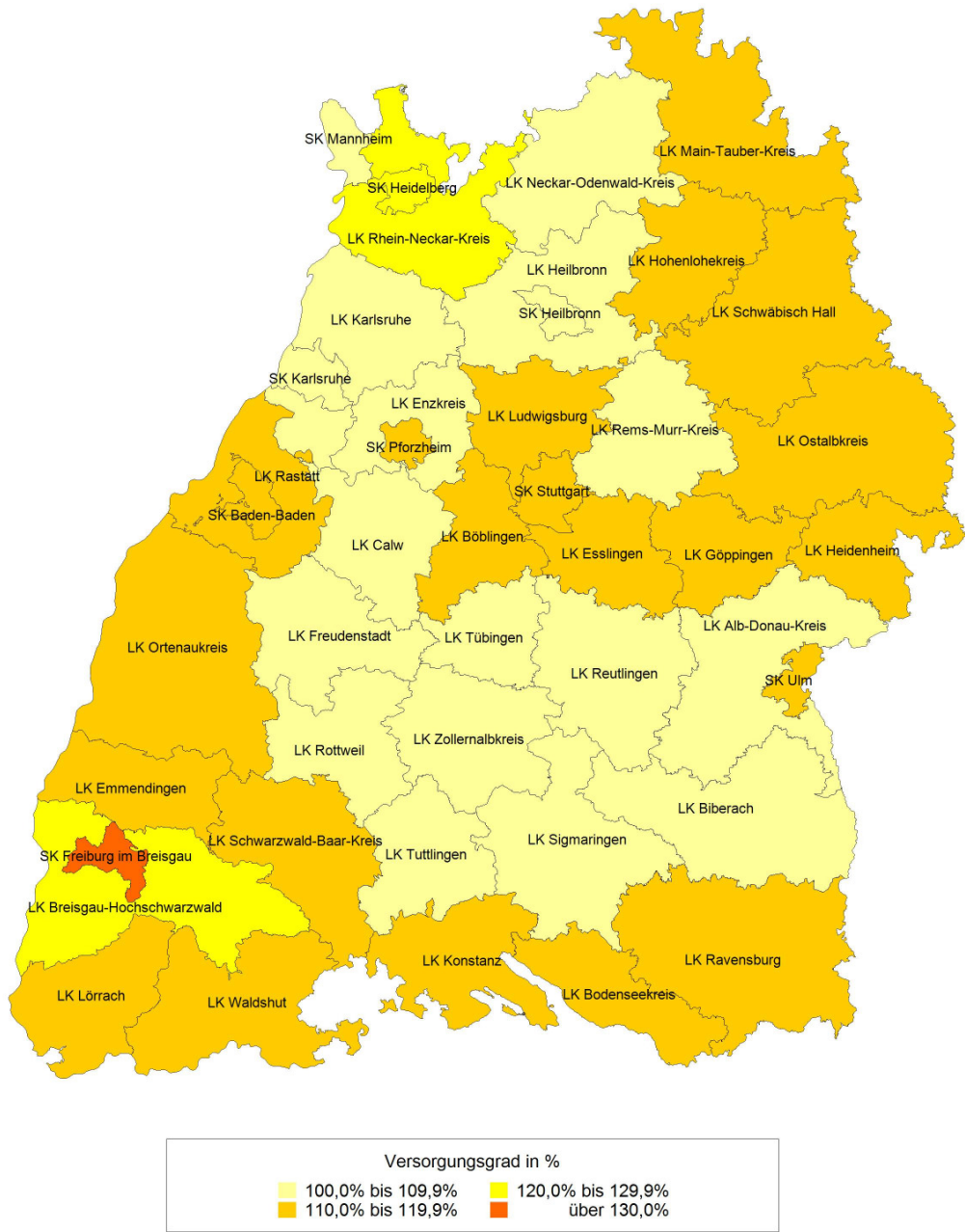


Quelle: Meldungen KVen nach WidO 2007 (Daten für 2006); Darstellung: BKK LV Bayern, Signal Iduna IKK, Knappschaft, LKK, vdek. Fakten zur ärztlichen Versorgung in Bayern. Stand: 19. Mai 2009, München

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen für Baden-Württemberg hat für die Arztgruppe Hausärzte in 27 von 43 Planungsbereichen Zulassungsbeschränkungen wegen Überversorgung angeordnet. Auch in den übrigen noch offenen Planungsbereichen liegt der Versorgungsgrad nicht unter 100 %.

Abbildung 7:

Allgemeinärzte und Internisten in der hausärztlichen Versorgung



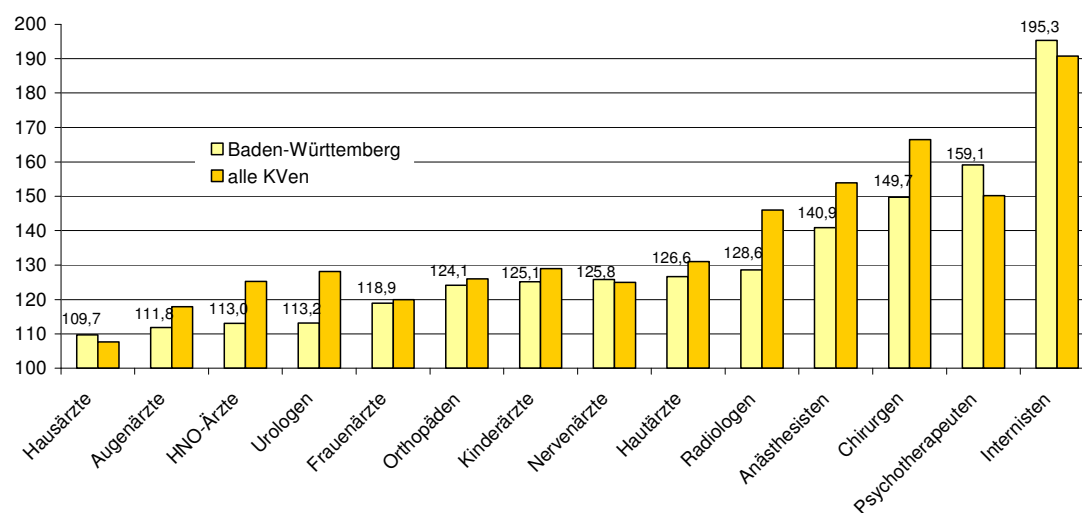
Quelle: Versorgungsbericht 2008 der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg

## 5.3 Fachärztliche Versorgung in Baden-Württemberg

Bei der fachärztlichen Versorgung weist Baden-Württemberg derzeit einen durchschnittlichen Versorgungsgrad von ca. 130 % mit 20 offenen und 540 gesperrten und somit überversorgten Planungsbereichen aus. Bei den genannten Zahlen sind die zur ambulanten Behandlung ermächtigten Krankenhausärzte nicht berücksichtigt. Nachdem in Baden-Württemberg ganz überwiegend eine Überversorgung besteht, ist daher auch unter Berücksichtigung der Altersstruktur der Ärzteschaft zumindest in den nächsten Jahren nicht mit einer nennenswerten Unterversorgung zu rechnen.

Abbildung 8:

Ärztliche Versorgungsgrade nach Facharztgruppen: Baden-Württemberg und Deutschland (in %)



Quelle: Meldungen KVen nach WIdO 2007\* (Daten für 2006); eigene Darstellung  
\* Klose J, Rehbein I, Uhlemann T. Ärzteatlas. Daten zur Versorgungsdichte von Vertragsärzten.  
Wissenschaftliches Institut der AOK (WIdO), Bonn

## 6. Fazit

Das Bundesland Baden-Württemberg verfügt im Ergebnis derzeit über eine gute vertragsärztliche Versorgung. Es besteht aktuell keine Unterversorgung, vielmehr sind regional erhebliche Überversorgungen festzustellen. Daher ist auch in den nächsten Jahren in Baden-Württemberg kein Ärztemangel zu erwarten.

Nachdem die Gesamtvergütung 2009 in Höhe von über 3,7 Mrd. EUR nahezu identisch mit der Gesamtvergütung 2008 ist, sind Honorarverluste eher in der Verteilungsproblematik innerhalb der Ärzteschaft als in zu geringen Zahlungen seitens der Krankenkassen zu suchen.