

## Pressemappe

### **Aktionstag 10. Oktober 2012**

In vielen deutschen Großstädten werden am 10.10.2012 Arztpraxen nur mit reduziertem Personal arbeiten bzw. ganz geschlossen sein. Die niedergelassenen Ärzte protestieren damit gegen die Honorarpolitik der Krankenkassen. Nachdem der GKV-Spitzenverband bei den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in der letzten Woche keine Änderung seines bisherigen Angebotes signalisiert, beginnen die niedergelassenen Ärzte nun mit den öffentlichen Protesten.

#### Inhalt:

Pressemitteilung der Allianz Deutscher Ärzteverbände vom 08.10.2012  
Aktionstag: „Praxis ohne Mitarbeiter“ – Beschreibung und Ziele

#### Hintergrundinfos:

Wie kommt der Arzt an sein Geld?  
Das Märchen von der Umverteilung  
Warum sind die Ärzte wütend  
Informationen für Patienten

Berlin, den 08.10.2012

# ALLIANZ DEUTSCHER ÄRZTEVERBÄNDE

BERUFSVERBAND DEUTSCHER INTERNISTEN (BDI) • BUNDESVERBAND DER ÄRZTEGENOSSENSCHAFTEN • GEMEINSCHAFT  
FACHÄRZTLICHER BERUFSVERBÄNDE (GFB) • HARTMANNBUND – VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS • MEDI  
DEUTSCHLAND • NAV-VIRCHOW-BUND, VERBAND DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE DEUTSCHLANDS

## **AKTIONSTAG ZUM HONORARPROTEST: KUNDGEBUNGEN UND PRAXISSCHLIEßUNGEN IN VIELEN STÄDTEN**

Berlin, den 8. Oktober 2012 – Nachdem der GKV-Spitzenverband bei den Verhandlungen mit der Kassenärztlichen Bundesvereinigung keine Änderung seines bisherigen Angebotes signalisiert, beginnen die niedergelassenen Ärzte mit den öffentlichen Protesten. In vielen deutschen Großstädten werden am 10. Oktober 2012 Arztpraxen nur mit reduziertem Personal arbeiten bzw. ganz geschlossen sein. Tausende von Ärzten und Medizinischen Fachangestellten (MFA) haben sich bisher für die gemeinsamen Kundgebungen angemeldet.

„Das ist nur der Beginn der öffentlichen Auseinandersetzung mit den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Wir stellen uns auf einen langen Kampf ein, denn es geht hier um viel mehr als das Honorar. Es geht darum, ob in Zukunft Beitragsverwalter die medizinische Entwicklung eines Landes maßgeblich bestimmen werden, oder ob das nicht Aufgabe von Medizinern und Wissenschaftlern sein sollte. Die so genannte Selbstverwaltung ist schon lange keine gemeinsame Interessengemeinschaft mehr. Die Krankenkassen mutieren gerade zu Sparkassen – deren Vertreter sind weit weg von der medizinischen Versorgung in den Praxen und den gesundheitlichen Bedürfnissen ihrer Versicherten. Und genau deshalb stellen wir das ganze System inzwischen in Frage“, erläutert Dr. Dirk Heinrich, Sprecher der Allianz der deutschen Ärzteverbände, die mehr als 30 medizinische Organisationen vertritt.

Die Allianz der Ärzteverbände sieht den ersten Aktionstag am 10. Oktober 2012 nur als Auftakt von vielen weiteren Protestaktionen, die noch folgen werden. „Wir werden auch einen Schlichterspruch gegen die Interessen der Ärzteschaft - und damit auch gegen eine Verschlechterung der ambulanten Versorgung unserer Patienten und Patientinnen nicht akzeptieren. Daher wird bereits am Dienstag über weitere Maßnahmen beraten, die bis zum Ende des Jahres umgesetzt werden können. Die bisherigen Maßnahmen in den Praxen bleiben bestehen. Für die Kassen wird die Zusammenarbeit mit uns auf unabsehbare Zeit schwierig werden, da wir weiter nach dem Motto handeln werden: Patientenwohl geht vor Bürokratiewahn. Vielleicht sollten die Verantwortlichen in den Krankenkassen darüber nachdenken, die Arbeitszeiten ihrer Angestellten entsprechend anzupassen. Wir beantworten Anfragen von Kassen nur vor 8:00 und nach 18:00 Uhr“, so Heinrich weiter.

Die für Mittwoch geplanten Protestveranstaltungen werden Ärzte gemeinsam mit ihren Medizinischen Fachangestellten besuchen. Die meisten Kundgebungen sind zwischen 10:00

# ALLIANZ DEUTSCHER ÄRZTEVERBÄNDE

BERUFSVERBAND DEUTSCHER INTERNISTEN (BDI) • BUNDESVERBAND DER ÄRZTEGENOSSENSCHAFTEN • GEMEINSCHAFT  
FACHÄRZTLICHER BERUFSVERBÄNDE (GFB) • HARTMANNBUND – VERBAND DER ÄRZTE DEUTSCHLANDS • MEDI  
DEUTSCHLAND • NAV-VIRCHOW-BUND, VERBAND DER NIEDERGELASSENEN ÄRZTE DEUTSCHLANDS

und 13:00 Uhr vor Filialen von gesetzlichen Krankenkassen geplant. Eine Liste der Kundgebungsorte hat die Allianz der Ärzteverbände auf der Internetseite [www.praxisteams-deutschland.de](http://www.praxisteams-deutschland.de) online gestellt.

Ansprechpartner für Rückfragen:

Sean Monks  
Koordinierungsstelle Aktionstag  
Tegernseer Landstraße 138  
81539 München  
Tel.: (08 9) 64 24 82 – 16  
Mobil: 0172 - 89 68 477  
Fax: (08 9) 64 24 82 - 4 16  
E-Mail: [s.monks@monks.de](mailto:s.monks@monks.de)  
[www.praxisteams-deutschland.de](http://www.praxisteams-deutschland.de)  
[www.facebook.com/praxisteams](http://www.facebook.com/praxisteams)

Klaus Greppmeir  
Koordinierungsstelle der Ärzteverbände  
NAV-Virchow-Bund  
Chausseestraße 119b  
10115 Berlin  
Fon: (03 0) 28 87 74 – 0  
Mobil: 0173 - 700 92 68  
Fax: (03 0) 28 87 74 - 1 13  
E-Mail: [klaus.greppmeir@nav-virchowbund.de](mailto:klaus.greppmeir@nav-virchowbund.de)  
[www.nav-virchowbund.de](http://www.nav-virchowbund.de)

Die freien Verbände vertreten insgesamt über 100.000 niedergelassene Ärzte (in alphabetischer Reihenfolge):

Allianz deutscher Ärzteverbände (Berufsverband der Deutschen Internisten, Bundesverband der Ärztegenossenschaften, Gemeinschaft Fachärztlicher Berufsverbände, Hartmannbund, Medi Deutschland, NAV-Virchow-Bund) Bayerischer Facharztverband, Berufsverbandes Deutscher Neurochirurgen e.V. (BDNC), Berufsverband der Augenärzte Deutschlands e. V., Berufsverband der Dermatologen, Berufsverband der Deutschen Urologen e.V. (BDU), Berufsverband der Fachärzte für Kardiologie in freier Praxis e.V., Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU), Berufsverband der Frauenärzte (BVF), Berufsverband der HNO-Ärzte, Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V. (bkjpp), Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V. (BNFI), Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), Berufsverband Deutscher Neurologen (BDN), Berufsverband Deutscher Psychiater (BVDP), Berufsverband Deutscher Rheumatologen (BDRh), Berufsverband niedergelassener Chirurgen (BNC), Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen (bng), Bundesverband Ambulantes Operieren, Bundesverband hausärztlicher Internisten e.V. (BHI), Bundesverband der Pneumologen (BdP), Bundesverband niedergelassener Diabetologen (BVND), Bundesverband Niedergelassener Hämatologen und Onkologen (BNHO), Bundesverband Niedergelassener Kardiologen (BNK), Facharzt Allianz Bayern (FAABY), Freie Ärzteschaft e.V., Gesundheitsnetz Süd e.G., GFB Bayern, NAV-Virchow-Bund, Verband der niedergelassenen Ärzte Deutschlands e.V., Spitzenverband der Fachärzte (SpiFa)

## **Aktion: „Praxis ohne Mitarbeiter“**

### **Beschreibung und Ziele**

Die Aktion „Praxis ohne Mitarbeiter“, die für Mittwoch den 10.10.2012 geplant ist, hat das Ziel der Öffentlichkeit klar zu machen, dass auch die medizinischen Fachangestellten (MFA) unmittelbar vom aktuellen Honorarstreik betroffen sind. Das Bild des raffgierigen, überbezahlten Arztes, das die Krankenkassen in der Öffentlichkeit darstellen, muss nachhaltig korrigiert werden. Es geht um die Versorgung in den Arztpraxen und eine funktionierende Arztpraxis ist ohne die Mitarbeit von qualifizierten MFAs undenkbar. Um unser Anliegen – nämlich die Versorgung unserer Patienten – in den Mittelpunkt zu stellen, werden alle MFAs am Aktionstag freigestellt. Die Ärzte werden an diesem Mittwoch alleine (oder wahlweise mit nur einer Mitarbeiterin) in den Praxen arbeiten und die Patienten, so gut es geht, versorgen. Gleichzeitig sollen die medizinischen Fachangestellten medienwirksam vor den Filialen der gesetzlichen Krankenkassen protestieren und sich so mit unserem gemeinsamen Anliegen solidarisieren. Diese beiden Bilder - der Arzt allein in seiner Praxis und die MFAs solidarisch vor den Gebäuden der Krankenkassen - gilt es medial zu transportieren. Damit nehmen wir den Krankenkassen die Grundlage ihrer Argumentation, in der Tarifeinwanderung ausschließlich über Arzthonorare zu sprechen.

Zum Aktionstag ist eine Homepage eingerichtet.

Unter

[www.praxisteams-deutschland.de](http://www.praxisteams-deutschland.de)

stehen laufend aktualisiert die Kundgebungsorte und weitere Hinweise.

## Fragen und Antworten zum aktuellen Honorarkonflikt

### Frage: Wie bekommt der Arzt sein Geld?

**Antwort:** Eigentlich könnte es ganz einfach sein: Der niedergelassene Arzt rechnet seine Leistungen nach einer Gebührenordnung ab und erhält sein Honorar. Doch so funktioniert es nicht. Der Arzt schreibt zwar alle Leistungen auf, die er erbracht hat, und reicht sie nach Abschluss eines Quartals zur Abrechnung bei seiner Kassenärztlichen Vereinigung (KV) ein. Doch, ob er alles zu den Preisen der Gebührenordnung vergütet bekommt, hängt davon ab, wie viele Leistungen er und seine Kollegen in dem jeweiligen Quartal erbracht und wie viel Geld die Krankenkassen für die Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung gestellt haben. Wurden mehr Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt als finanzielle Mittel verfügbar sind, erhält der Arzt seine Mehrarbeit so gut wie nicht honoriert. Um das knappe Geld möglichst gerecht zu verteilen, legen die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Honorarverteilungsmaßstab fest. Dieser gibt vor, wie das Geld zu verteilen ist. So erhält jeder Arzt eine Art Budget (zum Beispiel ein Regelleistungsvolumen), damit er weiß, wie viele Leistungen er zu einem festen Preis honoriert bekommt. Bis zum Jahr 2011 erfolgte die Honorarverteilung auf Bundesebene gemeinsam mit den Krankenkassen.

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen verhandeln jedes Jahr, wie viele Arztleistungen bundesweit bezahlt werden und mit wie viel Geld jede einzelne Leistung honoriert werden soll – wie gerade jetzt wieder. Auf Basis dieses Ergebnisses finden im Anschluss regionale Verhandlungen zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen statt. Dabei geht es darum, wie viel Geld in den einzelnen Regionen zur Verfügung steht, also wie hoch die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung im jeweiligen Folgejahr ist. Aus dieser morbiditätsbedingten Gesamtvergütung müssen dreiviertel aller Leistungen bezahlt werden, die die Haus- und Fachärzte sowie Psychologischen Psychotherapeuten erbringen. Nur für besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen und Impfungen stellen die Krankenkassen zusätzliches Geld bereit.

Was die einzelnen ärztlichen Leistungen kosten, ist im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt. Der EBM umfasst alle Leistungen, die niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten mit den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen dürfen. Jede Leistung ist mit einer bestimmten Anzahl von Punkten bewertet. Wie viel Cent ein Punkt wert ist, darüber verhandeln jährlich die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband. Dieser Orientierungswert beträgt aktuell rund 3,5 Cent. Ein Belastungs-EKG zum Beispiel, das mit 565 Punkten bewertet ist, kostet somit 22 Euro ( $565 \times 3,5 \text{ Cent} = 22 \text{ Euro}$ ). Diese 22 Euro sind rein theoretisch der Betrag, den der Arzt für die Untersuchung erhält. Erbringen er und seine Kollegen aber mehr Leistungen als Geld vorhanden ist, bekommt er weniger als die vereinbarten 22 Euro.

### Frage: Warum ist das Honorarsystem der niedergelassenen Ärzte so kompliziert?

**Antwort:** Der Grund ist einfach: Das Geld, das die gesetzlichen Krankenkassen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten bereitstellen, reicht nicht aus, um alle Untersuchungen und Behandlungen zu einer festen Gebühr zu vergüten. Die Patienten erhalten stets mehr Leistungen als die Kassen bezahlen. Um die begrenzten Finanzmittel möglichst gerecht auf alle Ärzte zu verteilen und zu verhindern, dass die Leistungsmenge übermäßig steigt, bedarf es Regeln zur Honorarverteilung. Diese wären nicht erforderlich, würden die Ärzte jede Leistung zu einem festen Preis bezahlt bekommen. Hinzu kommt, dass die Untersuchungen und Behandlungen unterschiedlich aufwendig sind. Dies betrifft Zeit und Kosten, aber auch die Qualifikation des Arztes. All das muss sich in der Höhe der Vergütung widerspiegeln, damit eine Praxis wirtschaftlich arbeiten kann.

### **Frage: Wer entscheidet, wie das Geld verteilt wird?**

**Antwort:** Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenkassen haben seit dem Jahr 2009 gemeinsam vereinbart, wie das Geld auf die unterschiedlichen Arztgruppen und Ärzte verteilt wird. Danach erhielt jeder Arzt ein sogenanntes Regelleistungsvolumen, das sich aus der Zahl seiner im Vorjahresquartal behandelten Patienten und dem Fallwert seiner Arztgruppe errechnete. Der Fallwert gibt an, wie viel Geld ein Arzt im Durchschnitt für die ambulante Behandlung eines Patienten im Quartal erhält (Beispiel Hausarzt: durchschnittlich 57 Euro). Mit dem zu Jahresbeginn in Kraft getretenen Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber die Honorarverteilung von der Bundesebene wieder auf die Landesebene verlagert, um regionale Besonderheiten in der Versorgung der Patienten besser berücksichtigen zu können. Nunmehr entscheiden die Kassenärztlichen Vereinigungen, wie die begrenzte Geldmenge möglichst gerecht verteilt wird. Auch schon in den Jahren vor 2009 haben sie sich um diese Aufgabe gekümmert, gemeinsam mit den Krankenkassen.

### **Frage: Was ist eigentlich „das Honorar“ des Arztes?**

**Antwort:** Das Honorar ist der Umsatz, den niedergelassene Ärzte aus der Behandlung von gesetzlich und privat versicherten Patienten erzielen. Es ist nicht zu verwechseln mit dem Nettoeinkommen, das der Arzt für seine Arbeit erhält. Dieses beträgt durchschnittlich nur 23,5 Prozent des Honorarumsatzes.

Aus den anderen 76,5 Prozent des Honorarumsatzes finanziert der Arzt:

- Praxiskosten, zum Beispiel für Personal, Miete, Energie und Versicherungen, medizinische Geräte. Diese Betriebsausgaben sind je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch. Sie betragen im Durchschnitt über alle Gruppen 51,6 Prozent des Honorarumsatzes.
- Steuerzahlungen (14,9 Prozent)
- berufsständische Altersversorgung (7,1 Prozent)
- Aufwendungen für Kranken- und Pflegeversicherungen (2,8 Prozent).

Erst nach Abzug aller Kosten erhält man das Nettoeinkommen, das dem Arzt persönlich zur Verfügung steht.

### **Frage: Warum haben einige Facharztgruppen niedrigere Umsätze als andere?**

**Antwort:** Die Umsätze der unterschiedlichen Facharztgruppen wie Hausärzte, Orthopäden, Augenärzte oder Radiologen sind nicht miteinander vergleichbar. Denn in den Umsätzen einer Praxis sind die Betriebskosten enthalten. Diese sind je nach Fachgruppe unterschiedlich hoch. Sie liegen zwischen 50 Prozent bei Hausärzten und 70 bis 80 Prozent bei Radiologen. Aus diesem Grund sind Leistungen wie eine MRT- oder CT-Untersuchung relativ hoch bewertet. Das heißt: Fachärzte für Radiologie zum Beispiel erhalten für ihre Leistungen in der Regel mehr Geld als Hausärzte oder HNO-Ärzte, weil die Untersuchungen sehr kostenintensiv sind.

### **Frage: Wie viel verdient ein niedergelassener Arzt im Durchschnitt?**

**Antwort:** Wenn vom Einkommen des Arztes die Rede ist, wird fälschlicherweise häufig sein Umsatz genannt, den er mit seiner Praxis erwirtschaftet. Dieser Umsatz ist um ein vielfaches höher, als was der Arzt für seine Arbeit erhält: Lediglich 23,5 Prozent dieses Betrages landen im Durchschnitt im Portemonnaie des Arztes (Nettoeinkommen). Das meiste Geld fließt in die Praxis (Betriebs- und Investitionskosten) und geht für Steuern und Sozialabgaben drauf. Bei einem durchschnittlichen Jahresumsatz von etwa 213.000 Euro verbleiben nach Abzug

aller Kosten rund 65.000 Euro netto. Damit beträgt das durchschnittliche Nettoeinkommen eines Arztes rund 5.500 Euro im Monat.

**Frage: Worum geht es bei dem aktuellen Honorarkonflikt?**

**Antwort:** Bei dem aktuellen Honorarkonflikt zwischen der Ärzteschaft und den Krankenkassen geht es darum, was die ärztlichen Leistungen im Jahr 2013 kosten. Streitpunkt ist der sogenannte Orientierungswert, der den Preis für eine Untersuchung oder Behandlung maßgeblich bestimmt. Der Gesetzgeber schreibt vor, dass dieser Orientierungswert jährlich zu überprüfen und der Kostenentwicklung anzupassen ist. Der Orientierungswert beträgt aktuell rund 3,5 Cent. Er wurde im Jahr 2008 festgelegt und seitdem nicht mehr angepasst. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) hat deshalb in den Verhandlungen mit dem Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung verlangt, die Kostenentwicklung in den Praxen nicht nur für das kommende Jahr 2013 zu berücksichtigen, sondern auch rückwirkend ab 2008. Damit ist die Forderung nach einer Anhebung des Orientierungswertes um elf Prozent verbunden gewesen. Die Krankenkassen hatten hingegen eine Honorarkürzung um sieben Prozent gefordert. Sie wollten im nächsten Jahr 2,2 Milliarden Euro streichen, die für die medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland benötigt werden. Nachdem die Verhandlungen zwischen KBV und Kassen gescheitert sind, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss (eine Art Schiedsamt) am 30. August 2012 eine Anhebung des Orientierungswertes um 0,9 Prozent beschlossen. Dieser Beschluss ist gegen die Stimmen der Ärzteschaft gefasst worden.

Die KBV hat gegen diesen Beschluss am 3. September 2012 Klage beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingereicht und Bundesgesundheitsminister Daniel Bahr (FDP) aufgefordert, den Beschluss zu beanstanden. Nach Ansicht der KBV ist die Entscheidung des Erweiterten Bewertungsausschusses rechtswidrig, da sie die Kostenentwicklung der vergangenen Jahre nicht berücksichtigt, sondern nur die für das Jahr 2013. Dies jedoch sieht das Sozialgesetzbuch V vor. Die KBV fordert die Krankenkassen auf, nachzubessern und die Kostensteigerungen zu berücksichtigen. Ansonsten ist die gute ambulante medizinische Versorgung der Menschen in Deutschland akut gefährdet.

**Frage: Warum reichen 270 Millionen Euro nicht aus?**

**Antwort:** Die Anhebung der Preise für ärztliche Leistungen um 0,9 Prozent bedeutet für das nächste Jahr ein Honorarplus von insgesamt 270 Millionen Euro. Dieses Geld reicht jedoch bei weitem nicht aus, um die stark gestiegenen Investitions- und Betriebskosten der vergangenen Jahre (11 Prozent) zu kompensieren. Das bedeutet, dass die Ärzte trotz des Honorarzuwachses einen realen Einkommensverlust von zehn Prozent hinnehmen müssen.

**Frage: In den Jahren 2009 und 2010 sind rund 3,8 Milliarden Euro mehr in die ambulante medizinische Versorgung geflossen. Ist das nicht genug Geld?**

**Antwort:** Die ambulante medizinische Versorgung in Deutschland ist seit über 20 Jahren unterfinanziert. Mit der Honorarreform vor drei Jahren wurde zumindest ein Teil des seit Anfang der 90er Jahren angewachsenen Defizits ausgeglichen. Die niedergelassenen Ärzte hatten bis dahin im Durchschnitt über ein Drittel ihrer Leistungen nicht bezahlt bekommen. Ein Grund für die miserable Honorarsituation war, dass sich die Ausgaben der Krankenkassen für die ambulante Versorgung nicht am Behandlungsbedarf der Versicherten orientiert hatten, sondern an der Entwicklung der Grundlöhne in Deutschland. Die Grundlohnsummensteigerung lag in den Jahren 1999 bis 2008 nur bei 0,17 Prozent bis 1,89 Prozent.

Nicht zuletzt auch vor dem Hintergrund des zunehmenden Ärztemangels hat bereits die schwarz-rote Bundesregierung die Krankenkassen mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz verpflichtet, ab dem Jahr 2009 sowohl die steigende Morbidität der Bevölkerung als auch die steigenden Praxiskosten zu berücksichtigen. Durch diese

Anpassung hat sich der Anteil der Leistungen, die nicht bezahlt werden, reduziert. Aber noch immer erbringen Ärzte Leistungen ohne Vergütung. Auch die Preise sind nicht kostendeckend. Benötigt wird ein Punktwert von 5,11 Cent (aktuell rund 3,5 Cent), um die von KBV und Krankenkassen ursprünglich kalkulierten Preise zu erzielen.

**Frage: Worauf basiert die Forderung der KBV nach einer Anhebung des Orientierungswertes um elf Prozent?**

**Antwort:** Grundlage der Forderung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) für die Anpassung des Orientierungswerts ist das Sozialgesetzbuch V, das unter anderen die Entwicklung der für die Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten vorgibt. Dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass seit 2008 weder der Orientierungswert noch die der vertragsärztlichen Gebührenordnung, dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), zugrundeliegenden Kosten entsprechend der Inflation oder der für Arztpraxen relevanten Kostensteigerungen angepasst wurden. Die gestiegenen Kosten werden also von den Ärzten getragen, obwohl gesetzlich ein Ausgleich, zum Beispiel über eine Steigerung des Orientierungswerts vorgesehen, ist.

Für das Verfahren zur Berücksichtigung der Kostensteigerungen wurde auf die betriebswirtschaftliche Kalkulationsgrundlage des EBM zurückgegriffen. Für die darin enthaltenen Kostenarten – zum Beispiel Personalkosten, Miete für Praxisräume, Energie- und Versicherungskosten sowie das (kalkulatorische) Arztgehalt, das sich aus dem Verdienst von Ärzten in Krankenhäusern herleitet – wurden Kostenindizes des Statistischen Bundesamtes und die Entwicklung der Tarifverträge für medizinische Fachangestellte und der Krankenhausärzte zur Fortschreibung der Kosten herangezogen. Zusätzlich wurden die Indizes anhand der Entwicklung in den Vorjahren auf das Jahr 2013 fortgeschrieben.

**Frage: Wie haben sich die Kosten in den Praxen entwickelt?**

**Antwort:** Die Personalkosten machen einen wesentlichen Kostenblock einer Arztpraxis aus. So sind Gehälter für Medizinische Fachangestellte seit 2008 um knapp 15 Prozent gestiegen. Für das Arzteinkommen ergibt sich aufgrund der Steigerungen bei den Krankenhausärzten ein Zuwachs in Höhe von 12,7 Prozent. Die Mieten für die Praxisräume erhöhten sich im selben Zeitraum um 5,8 Prozent. Kräftig angestiegen sind die Energiekosten (14,4 Prozent). Weitere Kosten, die in der Arztpraxis zu Buche schlagen, sind unter anderem Materialkosten (5,1 Prozent), Leasing-Kosten für Geräte und Apparaturen (5,1 Prozent), Versicherungs- (7,0 Prozent) und Fortbildungskosten (4,8 Prozent). In der Summe ergibt sich eine anteilsgewichtete Weiterentwicklung der Betriebskosten für die Jahre 2008 bis 2013 in Höhe von rund 11,0 Prozent.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung



## **Das Märchen von der Umverteilung – Kassen stehlen sich aus der Mitverantwortung**

**Für die niedergelassenen Ärzte ist genug Geld vorhanden, es ist nur falsch verteilt, lautet derzeit ein weit verbreitetes Argument, insbesondere von Kassenseite. „Thema verfehlt, kann ich da nur sagen“, erklärt der Bundesvorsitzende des Verbandes der niedergelassenen Ärzte, Dr. Dirk Heinrich. „Im derzeitigen Honorarstreit geht es gerade nicht um die Verteilung der Honorare, sondern um die Anpassung an die Preisentwicklung“, erläutert Dr. Heinrich.**

Beim aktuellen Honorarbeschluss habe das Kartell der Krankenkassen gegen die Ärzteschaft durchgesetzt, dass die Preisentwicklung der letzten fünf Jahre ignoriert und ein Ausgleich von gerade einmal 0,9 Prozent zugebilligt werde.

Die Investitions- und Betriebskosten der Praxen sind in den letzten fünf Jahren mindestens um die Inflationsrate von 5,8 Prozent gestiegen. Hier kommt der Orientierungswert ins Spiel. Über ihn werden die Kostensteigerungen kompensiert, auf die der Arzt keinen Einfluss hat. „Das wird ganz einfach deutlich am Beispiel eines EKG: Hierfür gibt es einen festen Preis, der aus den Fix- und Betriebskosten und dem rechnerischen Arztgehalt besteht. Die Fix- und Betriebskosten sind in den letzten fünf Jahren mindestens um die Inflationsrate von 5,8 Prozent gestiegen. Wird für diesen Zeitraum eine Erhöhung von lediglich 0,9 Prozent zugebilligt, trägt die tatsächlichen Mehrkosten der Arzt über einen realen Einkommensverlust“, verdeutlicht Dr. Heinrich.

Der jüngste Honorarabschluss ignoriere zudem die Tarifsteigerungen für die Mitarbeiter in den Arztpraxen – allein für 2012: 2,9 Prozent – und den Investitionsstau in den Praxen. Die wissenschaftliche ZiPP-Studie des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) stellte kürzlich fest, dass derzeit im Schnitt rund 21.000 Euro pro Praxis für Investitionen fehlen.

Vor diesem Hintergrund entpuppe sich die geforderte Umverteilung als Scheinargument: „Die von den Krankenkassen geforderte Umverteilung würde immer bedeuten, dass ein Teil der ärztlichen Leistungen schlechter oder gar nicht mehr vergütet wird. Wer Umverteilung fordert, muss auch sagen, welche Leistungen nicht mehr erbracht werden sollen. Solange die Kassen hierzu schweigen, stehlen sie sich aus der Mitverantwortung“, so der Bundesvorsitzende des NAV-Virchow-Bundes.

Pressemitteilung des NAV-Virchow-Bundes vom 06.09.2012

## Hintergrund

### Warum die Ärzte wütend sind

Wieso reichen „160.000 Euro Durchschnittseinkommen“ nicht? So fragen Patienten, Medien und Politiker. Warum sind die Ärzte so wütend? Weil in diesem (Vor-)Urteil gleich mehrere Missverständnisse stecken.

1) Die Bezeichnung „Einkommen“ bei vertragsärztlichen Honoraren ist völlig irreführend. Hinter den aktuell diskutierten Zahlen verbirgt sich der Umsatz einer Praxis. Und genauso wenig, wie man den Umsatz eines Cafés als Einkommen des Konditors bezeichnen würde, darf man dies bei einer Arztpraxis tun. Denn auch sie ist ein mittelständischer Betrieb. Von diesem Umsatz zahlt ein Arzt Miete, Personal, fixe Kosten, variable Kosten und Investitionen inklusive Schuldendienst. Erst was dann übrig bleibt, ist das Brutto-Einkommen, aus dem Sozialversicherung, Altersvorsorge und Steuern zu zahlen sind. Da alle diese Faktoren von Praxis zu Praxis teilweise deutlich schwanken, sind Spekulationen über durchschnittliche Netto-Einkommen vollkommen unseriös.

2) Honorarverhandlungen für Ärzte haben zwei Komponenten: Preis und Menge. Krankenkassen und Schlichter haben den Preis für die ärztlichen Leistungen für 2013 um 0,9 Prozent angehoben. Das ist nach 1,25 Prozent in 2011 und 1,25 Prozent in 2012 die dritte Minusrunde hintereinander – denn die Inflationsrate liegt höher. Deshalb sind Ärzte wütend.

3) Es ist gut möglich, dass für die Honorierung der Menge der ärztlichen Leistungen weiteres Geld zur Verfügung gestellt wird. Das ist aber keine Honorarerhöhung. Kein Angestellter fände es lustig, wenn der Chef sagen würde, ich erhöhe dir zwar dein Gehalt nicht, aber ich zahle jetzt wenigstens einen Teil der Überstunden, die du bislang umsonst erbracht hast. Genau dies verbirgt sich aber hinter dem Argument der Krankenkassen, die Honorarverhandlungen seien noch nicht abgeschlossen.

4) Seit Gründung des „Spitzenverband Bund der Krankenkassen“ haben sich deren Verantwortliche immer weiter von der Versorgungsrealität entfernt. Mit immer abstruseren Forderung, wie zuletzt einer Absenkung der Honorare um sieben Prozent, zerstört man eine Selbstverwaltung, entzieht sich der Verantwortung für die Patienten. Dies war ein wesentlicher Grund für den Abbruch der Gespräche durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung. Uns liegt eine gut ausgestattete Versorgung am Herzen, denn nur sie garantiert eine gute Versorgung der Patienten. Die Krankenkassen auf Bundesebene vermitteln derzeit nicht das Gefühl, dass sie die gleiche Verantwortung empfinden.

## **Patienteninformation**

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten,

wie Sie der Medienberichterstattung sicherlich bereits entnommen haben, weigern sich die gesetzlichen Krankenkassen, den niedergelassenen Ärzten die Kostensteigerungen der letzten Jahre zu ersetzen. Dieses Verhalten führt unmittelbar in eine Verschlechterung Ihrer medizinischen Versorgung. Weniger medizinisches Fachpersonal in den Praxen und eine schlechtere Ausstattung mit medizinischen Geräten sind die drohenden Folgen.

Daher wehren wir Ärzte im Schulterschluss der bundesdeutschen Ärzteverbände gegen die drohende Verschlechterung Ihrer medizinischen Versorgung. Mit verschiedenen Maßnahmen wollen wir Ärzte die Krankenkassen bewegen, den Ausgleich für die Kostensteigerungen der vergangenen drei Jahre zu übernehmen. Anständige Preise für unsere ärztlichen Leistungen sind die Voraussetzung für eine gute Versorgung.

Daher bitten wir Sie um Verständnis für möglicherweise in naher Zukunft notwendig werdenden Maßnahmen, die mit längeren Wartezeiten und kurzfristigen Praxisschließungen einhergehen. Wir wenden uns mit unserem Protest nicht gegen Sie als Patient, sondern gegen „Spar-Kassen“, die ohne Rücksicht auf die Folgen dem wachsenden medizinischen Bedarf mit einer neuen „Kostendeckelung“ begegnen wollen.

Die Verantwortung liegt jetzt bei den Krankenkassen. Ein Bruchteil des bei ihnen angehäuften Überschusses von 20 Milliarden Euro würde ausreichen, den aktuellen Konflikt zu lösen.

Wir bitten um Ihr Verständnis und Ihre Solidarität.