

Unterrichtung

durch die Bundesregierung

Bericht der Bundesregierung zu den Auswirkungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Vorbemerkung	2
Zusammenfassung	2
I. Einführung	3
1. Hintergrund zur Einführung des Wohnortprinzips	3
2. Inhalte des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte	3
II. Auswirkungen des Gesetzes	4
1. Zurückführung des FKZ auf seine ursprünglichen Aufgaben	4
2. Reduzierung der Verwerfungen zwischen den Kassenarten	5
3. Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Ländern	5
III. Weitere zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklungen	6
IV. Perspektiven auf Grund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) und des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (VÄndG)	6
Anlagen	8

Vorbemerkung

Nach Artikel 4 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 (BGBl. I S. 3526) werden im Jahr 2005 die Auswirkungen der Einführung des Wohnortprinzips und der damit verbundenen Beseitigung von Verwerfungen hinsichtlich der Höhe der Kopfpauschalen für die ambulante vertragsärztliche Versorgung bei den Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Artikel 1 Abs. 1 des Einigungsvertrages genannte Gebiet erstrecken (Erstreckungskrankenkassen) sowie der Anwendung von Artikel 3 (Erhöhung der Gesamtvergütungen in den Jahren 2002 bis 2004) in den neuen Ländern überprüft.

Hierzu hat die Bundesregierung auf der Grundlage von Daten, die Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen für die Jahre 2000 bis 2004 bereitzustellen haben, dem Deutschen Bundestag bis spätestens 30. Juni 2005 zu berichten. Auf der Grundlage dieses Berichtes ist zu prüfen, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind, um die weitere stufenweise Angleichung der Vergütungen der Vertragsärzte entsprechend der Angleichung der Lebensverhältnisse in den neuen Ländern zu den alten Ländern zu ermöglichen und damit die ambulante Versorgung in den neuen Ländern sicherzustellen.

Mit Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS) vom 4. Juli 2005 wurde dem Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages mitgeteilt, dass der in Artikel 4 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vorgesehene Bericht nicht termingerecht zugeleitet werden konnte, da die erforderlichen Datengrundlagen dem BMGS nicht zeitgerecht zur Verfügung gestellt werden konnten. Aufgrund der späteren Vorlage des Berichts wird im Folgenden auch auf Auswirkungen von gesetzlichen Regelungen hingewiesen, die nach dem Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte in Kraft getreten sind und mit denen der Gesetzgeber die Zielsetzung dieses Gesetzes aufgegriffen und weiterentwickelt hat. Zudem werden in die Analyse soweit möglich aktuelle Daten aus dem Jahr 2005 und 2006 einbezogen.

Zusammenfassung

Das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei den Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte, welches zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist, sieht vor, dass auch für die bundesweiten Betriebs- und Innungskrankenkassen, wie zuvor schon für die anderen Kassenarten, regionale Vertragsverhandlungen zur Vereinbarung der ärztlichen Honorare stattfinden. Die Vertragspartner auf Seiten der Ärzte und Krankenkassen können somit die ärztliche Versorgung entsprechend den spezifischen Erfordernissen vor Ort ausgestalten und den damit verbundenen Finanzierungsbedarf in den Honorarvereinbarungen berücksichtigen. Zuvor wurden die zur Versorgung der Versicherten dieser Krankenkassen erforderlichen

Finanzvolumina nicht regional ausgehandelt, sondern von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und den Verbänden dieser Krankenkassen am Kassensitz (i. d. R. in den alten Ländern). Die Gelder zur Versorgung der Versicherten vor Ort wurden im Rahmen des sog. Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ) von der KV am Kassensitz zu der KV am Wohnort des Versicherten transferiert. Die durch den FKZ umverteilten Honorarsummen sind im Zeitablauf stetig angestiegen. Durch das Gesetz sollte der FKZ wieder auf seine ursprüngliche Funktion (Zahlungsausgleich zwischen den KVen für Leistungen für Urlauber und Pendler) zurückgefahren werden. Um aufgetretene Verwerfungen zwischen den Krankenkassen abzubauen, wird vorgegeben, dass bei den erstmalig im Jahr 2002 stattfindenden regionalen Honorarvereinbarungen die Kopfpauschalen der betroffenen Krankenkassen in den neuen Ländern mindestens auf das Durchschnittsniveau der Kopfpauschalen der anderen Kassenarten (Orts-, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen) in den neuen Ländern angehoben werden. In einer weiteren Übergangsregelung für die Jahre 2002 bis einschließlich 2004 wurde zudem für alle Krankenkassen in den neuen Ländern ein Spielraum für weitere Honorarerhöhungen geschaffen.

Die nachfolgende Analyse zeigt, dass die wesentlichen Ziele des Gesetzes erreicht werden konnten: So wird der Großteil der regional an die Ärzte ausgezahlten Honorarsummen nunmehr von den regional zuständigen Vertragspartnern vereinbart und nur noch ein sehr geringer Anteil kommt aus dem FKZ-Verfahren. Entsprechend wurde das Finanzvolumen, welches im Rahmen des FKZ zwischen den KVen umverteilt wird, deutlich zurückgefahren. Die Unterschiede bei den Kopfpauschalen für vertragsärztliche Leistungen zwischen den einzelnen Krankenkassenarten in den neuen Ländern wurden deutlich verringert, indem insbesondere die Kopfpauschalen der Betriebskrankenkassen im Jahr 2002 überproportional angehoben wurden. Die Analyse zeigt weiter, dass es in den Jahren 2000 bis 2004 insgesamt zu einer deutlichen Verbesserung der Honorarsituation der Ärzte in den neuen Ländern gekommen ist, wobei diese Verbesserung zum Teil auch auf Regelungen innerhalb der Selbstverwaltung (Anpassung des Fremdkassenzahlungsausgleichs) und auf weitere gesetzliche Maßnahmen zur Förderung der vertragsärztlichen Vergütungen in den neuen Ländern (GKV-Modernisierungsgesetz – GMG) zurückzuführen ist. Deutlich wird, dass sich dieser Anpassungsprozess in den Jahren 2005 und 2006 weiter fortgesetzt hat und er sich auf Grund von Regelungen aus dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz in Zukunft auch weiter fortsetzen kann.

Der Zielsetzung des Gesetzgebers, das Wohnortprinzip für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen generell einzuführen, wird auch in der vertragzahnärztlichen Versorgung Rechnung getragen. Auch hier ist das Finanzvolumen, welches im Rahmen des FKZ zwischen den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen (KZVen) umverteilt wird, nach Einführung des Wohnortprinzips deutlich zurückgegangen.

I. Einführung

1. Hintergrund zur Einführung des Wohnortprinzips

Bis Ende des Jahres 2001 haben die überregionalen Betriebs- und Innungskrankenkassen die Gesamtvergütungen für Ärzte und Zahnärzte über ihre Landesverbände nur mit der KV vereinbart, in deren Region die Kasse ihren Sitz hat (Kassensitzprinzip). An diese KV wurde die gesamte Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung aller Versicherten der Krankenkasse, auch für die Versicherten mit Wohnort in anderen Regionen, gezahlt. Die anderen KVen, in deren Bezirk Versicherte dieser Kasse wohnten und i.d.R. auch ärztlich behandelt wurden, erhielten die Vergütung für die Behandlung dieser Versicherten durch ein bundesweites Verteilungsverfahren, den sog. Fremdkassenzahlungsausgleich (FKZ), welcher bundesweit nach Richtlinien der KBV (§ 75 Abs. 7 Satz 2 SGB V) abgewickelt wird. Sowohl Kassensitzprinzip als auch FKZ-Verfahren standen dabei in der Kritik:

- Als grundsätzliches Problem des Kassensitzsystems wurde angeführt, dass es den Vertragspartnern nur unzureichende Vertragsgestaltungsmöglichkeiten bot: So konnte z. B. nur für rd. 10 Prozent der Versicherten von Betriebskrankenkassen mit Wohnort in den neuen Ländern regionale Vergütungsvereinbarungen und Verträge zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen (z. B. zum ambulanten Operieren) getroffen werden, die Vereinbarungen für 90 Prozent der Versicherten erfolgte nicht vor Ort, sondern durch die jeweiligen Vereinbarungen am Kassensitz.
- Das FKZ-Verfahren hatte ursprünglich nur den Zweck, die Arzthonorare für die Behandlung von Urlaubern und Pendlern, die nicht an ihrem Wohnort, sondern an ihrem Urlaubs- oder Arbeitsort zum Arzt gegangen sind, an die Ärzte zu transferieren, die die Behandlung durchgeführt haben. Durch die Öffnung der Betriebskrankenkassen und den zunehmenden Wechsel von Versicherten zu bundesweiten Betriebskrankenkassen war das Honorarvolumen, das durch dieses Clearingverfahren bewegt worden ist, aber stark angestiegen – so von rd. 420 Mio. DM im Jahr 1992 auf 5,6 Mrd. DM im Jahr 1998 – und wurde zunehmend als intransparent empfunden. Nachteilig aus Sicht der Empfänger-KVen war zudem, dass sie die finanziellen Mittel erst mit einer zeitlichen Verzögerung erhielten. Zudem wurde insbesondere von KVen der neuen Länder kritisiert, dass das Verfahren nicht zu einer leistungsgerechten Verteilung der Honorarsummen auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen führe und die Kassenärztlichen Vereinigungen der neuen Länder benachteilige.

Die letztgenannte Kritik bezog sich allerdings i. d. R. auf die bis zum Jahr 1999 geltenden KBV-Richtlinien zum FKZ. Zum 1. Juli 2000 trat ein neues FKZ-Verfahren in Kraft, welches erstmals bei den Honorarauszahlungen des 3. Quartals 2000 angewandt wurde und zu einer leistungsgerechteren Verteilung zwischen den KVen führen sollte. Da unklar war, wie sich der neue FKZ genau aus-

wirken würde und befürchtet wurde, dass die Anpassungen durch einen entsprechenden Beschluss der KBV wieder rückgängig gemacht oder von einzelnen Akteuren unterlaufen werden könnten, wurde weiterhin die Notwendigkeit einer gesetzlichen Regelung gesehen.

2. Inhalte des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte

Das zum 1. Januar 2002 in Kraft getretene Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte gab vor, dass auch für die bundesweiten Betriebs- und Innungskrankenkassen – wie zuvor schon für die anderen Kassenarten – regionale Vertragsverhandlungen zur Vereinbarung der ärztlichen Vergütung stattfinden. Dadurch sollte der FKZ wieder auf seine ursprüngliche Aufgabe zurückgeführt werden, einen Zahlungsausgleich zwischen den KVen für besondere Abrechnungsfälle, insbesondere für ärztliche Leistungen an Urlauber und Pendler, zu schaffen.

Nach dem sog. Wohnortprinzip werden Verträge über die vertragsärztliche Vergütung und über die Strukturen der ärztlichen Versorgung der Versicherten nunmehr vor Ort, d. h. für die Region, in der die Mitglieder und ihre mitversicherten Familienangehörigen wohnen, geschlossen (Artikel 1 des Gesetzes); Vertragspartner sind jeweils der Landesverband der Krankenkassen und die für die Region zuständige KV. Die Vertragspartner auf Seiten der Ärzte und Krankenkassen können somit die ärztliche Versorgung entsprechend den spezifischen regionalen Erfordernissen ausgestalten und weiterentwickeln und den damit verbundenen Finanzierungsbedarf in den Vergütungsvereinbarungen berücksichtigen. Dadurch sollten auch die Vertragsgestaltungsmöglichkeiten der Vertragspartner erheblich verbessert und sichergestellt werden, dass durch die Verträge die Mehrzahl der vor Ort zu versorgenden Versicherten der jeweiligen Kassenart erfasst wird.

Die Ausgangsbasis für die für das Jahr 2002 erstmals nach dem Wohnortprinzip abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen für vertragsärztliche Leistungen wird in einer Übergangsregelung (Artikel 2 des Gesetzes) definiert. Die in den Vergütungsvereinbarungen der bundesweiten Betriebskrankenkassen für ihre Mitglieder in den neuen Ländern vereinbarten sog. Ost-Kopfpauschalen für vertragsärztliche Leistungen lagen i. d. R. sowohl deutlich unterhalb der West-Kopfpauschale der jeweiligen Krankenkasse als auch unter dem Durchschnitt der von den übrigen Krankenkassen vereinbarten Vergütungen in den neuen Ländern. Das Gesetz gab deshalb vor, dass die Kopfpauschalen für diese Krankenkassen in den Vergütungsvereinbarungen für das Jahr 2002 mindestens auf das Durchschnittsniveau der Kopfpauschalen der anderen Kassenarten (Orts-, Innungskrankenkassen, Ersatzkassen) in den neuen Ländern angehoben werden. Dadurch sollte das Vergütungsvolumen für die ärztliche Versorgung der Versicherten in den neuen Ländern erhöht und zugleich die bestehenden Vergütungsunterschiede zwischen den Krankenkassenarten in den neuen Ländern reduziert

werden. Für den vertragszahnärztlichen Bereich bedurfte es keiner entsprechenden Regelung, da hier grundsätzlich keine Abrechnung nach Kopfpauschalen, sondern nach Einzelleistungen praktiziert wird.

Zudem eröffnete das Gesetz in Artikel 3 einen Spielraum für Honorarerhöhungen im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung für alle Krankenkassen in den neuen Ländern in den Jahren 2002 bis einschließlich 2004 im Umfang von insgesamt bis zu 6 Prozent, sofern in diesem Zeitraum die damit verbundenen Mehrausgaben durch Minderausgaben bei den Leistungen von Krankenkassen und Leistungserbringern in dem jeweiligen Land erwirtschaftet werden und insoweit die Beitragssatzstabilität durch die Erhöhung nicht gefährdet wird. Für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung bedurfte es keiner entsprechenden Regelung, da hier im Hinblick auf die GKV-Ausgaben eine weitgehende Angleichung festzustellen war.

Artikel 4 des Gesetzes sieht schließlich vor, dass im Jahr 2005 die Auswirkungen der Einführung des Wohnortprinzips (Artikel 1) und der damit verbundenen Beseitigung von Verwerfungen bei den Kopfpauschalen (Artikel 2) sowie der Anwendung von Artikel 3 (Erhöhung der Gesamtvergütungen in den Jahren 2002 bis 2004) in den neuen Ländern überprüft werden. Hierzu hat die Bundesregierung auf der Grundlage von Daten, die Krankenkassen und KVen für die Jahre 2000 bis 2004 bereitzustellen haben, dem Deutschen Bundestag bis spätestens 30. Juni 2005 zu berichten. Auf der Grundlage dieses Berichtes ist zu prüfen, ob weitere Maßnahmen erforderlich sind, um die weitere stufenweise Angleichung der Vergütungen der Vertragsärzte entsprechend der Angleichung der Lebensverhältnisse in den neuen Ländern zu den alten Ländern zu ermöglichen und damit die ambulante Versorgung in den neuen Ländern sicherzustellen.

II. Auswirkungen des Gesetzes

1. Zurückführung des FKZ auf seine ursprünglichen Aufgaben

Anlage 1 zeigt eine Übersicht über das Finanzvolumen, welches in den Jahren 1999 bis 2005 im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs zwischen den KVen umverteilt wurde: Während es in den Jahren 1999 bis 2001 zu einem stetigen Anstieg der umverteilten Summe gekommen ist, kommt es im Jahr 2002 zu einer deutlichen Reduzierung des Finanzvolumens. Die gesetzliche Zielsetzung einer Zurückführung des Fremdkassenzahlungsausgleichs auf seine ursprüngliche Aufgabe ist somit eindeutig erreicht worden. Entsprechendes gilt für den Bereich der vertragszahnärztlichen Versorgung.

Ziel des Gesetzes war dabei auch, dass die Vergütungssumme, welche für die Versorgung der Versicherten vor Ort an die Ärzte ausgezahlt wird, auch vor Ort verhandelt werden soll. Ein Problem gab es hier insbesondere in den neuen Ländern, wo ein erheblicher Teil der an die Ärzte ausgezahlten Honorare nicht aus den vor Ort vereinbarten

Gesamtvergütungen, sondern aus dem Fremdkassenzahlungsausgleich gekommen ist. In Anlage 2 werden die in den neuen und den alten Ländern jeweils insgesamt regional vereinbarten Gesamtvergütungen und die an die Ärzte ausgezahlten Honorarsummen gegenübergestellt: an den Zahlen des Jahres 2000 und 2001 lassen sich insbesondere die Probleme des alten Kassensitzprinzips für die neuen Länder erkennen, denn es wird deutlich, dass aus den vor Ort vereinbarten Gesamtvergütungen nur rd. 90 Prozent der an die Ärzte ausgezahlten Honorarsumme finanziert wurde. Ab dem Jahr 2002 – mit Einführung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte – liegt dieser Anteil zwischen 99 Prozent und 100 Prozent, d. h. auch diese Zielsetzung des Gesetzes ist eindeutig erreicht worden.¹

Anlage 3 gibt einen Überblick über die Entwicklung der Gesamtvergütungen in den alten und neuen Ländern (letztere differenziert nach einzelnen Kassenarten). Im oberen Teil der Tabelle wird der Einfluss des Wohnortprinzipgesetzes auf die Entwicklung der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern bereits sehr gut deutlich: Während die Summe der Gesamtvergütungen in den alten Ländern im Vergleich der Jahre 2001 und 2002 um rd. 1,44 Prozent steigt, nimmt die Summe der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern um rd. 15,9 Prozent zu. Noch deutlicher wird der Effekt, wenn man die Gesamtvergütungen in den neuen Ländern zusätzlich nach Krankenkassen differenziert, wie im unteren Teil der Tabelle geschehen. Deutlich wird, dass die überproportionale Erhöhung der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern vornehmlich durch die Erhöhung der Gesamtvergütungen der Betriebskrankenkassen um mehr als 500 Mio. Euro² erzeugt wird. Lag die von den Betriebskrankenkassen vereinbarte Summe der Gesamtvergütungen in den neuen Ländern im Jahr 2001 bei rd. 40 Mio. Euro, betrug sie im Jahr 2002 dahingegen 550 Mio. Euro. Da insbesondere die Betriebskrankenkassen vom Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte betroffen waren, geht dieser Effekt somit eindeutig auf dieses Gesetz zurück.

¹ Eine vollständige Übereinstimmung zwischen insgesamt vereinbarten Gesamtvergütungen und der insgesamt an die Leistungserbringer ausgezahlten Honorarsumme wird i. d. R. auch nach Einführung des Wohnortprinzips nicht erreicht, da immer Fälle auftreten, die über den FKZ abgerechnet werden (Pendler und Urlauber). Zudem können aus einem Teil der Gesamtvergütungen im Rahmen der Honorarverteilung Rückstellungen gebildet werden (z. B. zum Ausgleich eines ggf. bestehenden Prozessrisikos etc.), die nach ihrer Auflösung erst in einer nachfolgenden Zeitperiode an die Ärzte ausgezahlt werden. Zudem können in der Honorarsumme auch Nachzahlungen an Ärzte enthalten sein, die aus Gesamtvergütungen des Vorjahrs finanziert werden.

² Dies bedeutet nicht, dass die Betriebskrankenkassen Mehrkosten in dieser Höhe haben, da sie zumindest einen Teil dieses Betrags im Vorjahr als Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung am Kassensitz ausgezahlt haben. Auch bedeutet dies nicht, dass ein Betrag in dieser Höhe den Ärzten zusätzlich als Honorar zugeflossen ist, da sie vor dem WOP einen Teil dieses Betrags über den FKZ erhalten haben.

2. Reduzierung der Verwerfungen zwischen den Kassenarten

Dem Bundesministerium für Gesundheit (BMG) liegen keine Zahlen zur Höhe der von den einzelnen Krankenkassen jeweils an die KVen je Mitglied gezahlten Kopfpauschalen vor. Ob sich die Verwerfungen bei den von den Krankenkassen gezahlten Kopfpauschalen reduziert haben, lässt sich aber auch näherungsweise überprüfen, indem man die durchschnittlichen Gesamtvergütungen je Mitglied betrachtet, die von den Krankenkassen der einzelnen Kassenarten im Durchschnitt jeweils an die KV in den neuen Ländern gezahlt wurden.

Anlage 4 gibt einen Überblick über diese Zahlungen im Verlauf der Jahre 2000 bis 2004. Im Vergleich der Jahre 2001 und 2002 zeigt sich hier ein ganz deutlicher Anstieg der von den Betriebskrankenkassen durchschnittlich gezahlten Vergütungen pro Mitglied von 336 auf 390 Euro bzw. um 16,09 Prozent. Im gleichen Zeitraum stiegen die Vergütungen je Mitglied im Durchschnitt aller Krankenkassenarten in den neuen Ländern um nur 5,36 Prozent. Diese im Vergleich überproportionale Erhöhung der Vergütungen je Mitglied bei den Betriebskrankenkassen führte dazu, dass die Unterschiede in der Höhe der Kopfpauschalen zwischen Betriebskrankenkassen und sonstigen Krankenkassen deutlich reduziert wurden. Lagen die durchschnittlichen Gesamtvergütungen je Mitglied der Betriebskrankenkassen in den neuen Ländern in den Jahren zwischen 1997 und 2001 zwischen 76 Prozent und 86 Prozent der durchschnittlichen Vergütung je Mitglied über alle Krankenkassen in den neuen Ländern, zahlten die Betriebskrankenkassen in den neuen Ländern im Jahr 2002 durchschnittliche Gesamtvergütungen je Mitglied, die den durchschnittlichen Gesamtvergütungen je Mitglied aller Krankenkassenarten entsprachen oder diese sogar leicht überstiegen. Insofern wurde das Ziel des Gesetzes, Verwerfungen bei der absoluten Höhe der von den einzelnen Krankenkassen bezahlten Kopfpauschalen zu vermindern, erreicht.³

3. Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Ländern

Eine Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Ländern sollte sich im Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarun-

³ Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang aber auch darauf, dass von den Betriebskrankenkassen in der Diskussion über die gesetzlichen Regelungen kritisiert wurde, dass der im Gesetz gewählte Ausgleichsmechanismus zu pauschal sei und den unterschiedlichen Versorgungsbedarf der Versicherten bei den einzelnen Krankenkassen unberücksichtigt lasse. Müsse eine Betriebskrankenkasse mit einem weit unterdurchschnittlichen Behandlungsbedarf ihrer Versicherten die Durchschnittspauschale bezahlen, so führe dies zu weit überproportionalen rechnerischen Vergütungen je Leistung. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, dass durch die im GKV-WSG vorgesehene grundlegende Vergütungsreform eine Angleichung der von den einzelnen Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung zu zahlende Vergütung je Leistung erfolgen wird; eine Krankenkasse, deren Versicherte im Durchschnitt einen höheren Behandlungsbedarf aufweist, wird in diesem Ansatz somit eine überproportionale Vergütung je Versicherten zahlen.

gen für Ärzte und Zahnärzte aus der vorgesehene Erhöhung der von den sog. Erstreckungskrankenkassen gezahlten Kopfpauschalen für die vertragsärztliche Versorgung in den neuen Ländern im Jahr 2002 (Artikel 2) sowie aus der Möglichkeit für alle Krankenkassen ergeben, die Gesamtvergütungen in den neuen Ländern unter bestimmten Voraussetzungen in den Jahren 2002 bis einschließlich 2004 um zusätzlich insgesamt bis zu 6 Prozent erhöhen zu können (Artikel 3, vgl. auch I. 2.).

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen haben folgende Auskünfte zu den Auswirkungen dieser beiden Regelungen gegeben:

- Die vorgesehene Erhöhung der von den sog. Erstreckungskrankenkassen gezahlten Kopfpauschalen für die vertragsärztliche Versorgung in den neuen Ländern hat nach Angaben des Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen allein bei den betroffenen Betriebskrankenkassen im Jahr 2002 zu Mehrausgaben in Höhe von rd. 150 Mio. Euro geführt. Nach Angaben des IKK-Bundesverbandes wurden die Kopfpauschalen der betroffenen IKKs um rd. 68,2 Prozent erhöht.
- Der zusätzliche Spielraum zur Vergütungserhöhung gemäß Artikel 3 ist dahingegen von der Selbstverwaltung kaum genutzt worden: Rechnerisch hätten dadurch im Zeitraum 2002 bis 2004 zusätzlich insgesamt bis zu 184 Mio. Euro zur Honorierung der Ärzte in den neuen Ländern verfügbar gemacht werden können. Nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind aufgrund dieser Regelung bis zum Jahr 2003 aber nur rd. 550 000 Euro zusätzlich an die Ärzte in den neuen Ländern geflossen. Als Grund dafür wurden insbesondere die nicht feststellbaren Einsparungen in den anderen Leistungsbereichen genannt.

Weitere Aussagen zu den Auswirkungen der Regelungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte lassen sich bei Betrachtung der Honorarsummen, welche in den Jahren 2000 bis 2004 insgesamt an die Ärzte und Psychotherapeuten in den neuen Ländern ausgezahlt worden sind, machen. Zu beachten ist dabei, dass diese Veränderungen nicht allein auf das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte zurückzuführen sind. Honorarverbesserungen für die Ärzte in den neuen Ländern konnten sich in diesem Zeitraum auch aus folgenden Regelungen ergeben:

- In den Jahren 2000 bis 2004 konnten die Vergütungen im Rahmen der gesetzlich zulässigen Anhebung der Gesamtvergütungen in Höhe der sog. Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied ansteigen (sog. Grundlohnanstieg).
- Schon im Jahr 2001 – also vor Einführung des Wohnortprinzips – wurde für die Ärzte in den neuen Ländern eine Reform des FKZ wirksam, die zu einer leistungsgerechteren Verteilung der Vergütungen zwischen den KVen und insbesondere auch zu einer Besserstellung der KVen in den neuen Ländern führen sollte. Die damit verbundenen Effekte sollten durch die Einführung des Wohnortprinzips allerdings stabilisiert werden (vgl. I.1 und II.1 sowie Anlage 1.).

- Ab dem Jahr 2004 wurde darüber hinaus eine Regelung aus dem GMG wirksam, welche ebenfalls auf eine Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Ländern abzielt: Diese sieht vor, dass zur Angleichung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen je Vertragsarzt die Gesamtvergütungen in den neuen Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich um insgesamt 3,8 Prozent erhöht und die Gesamtvergütungen in den alten Ländern (mit Ausnahme von Berlin) im gleichen Zeitraum um 0,6 Prozent abgesenkt werden.

Anlage 5 zeigt unter Nr. 1, dass es im Zeitraum 2000 bis 2004 zu einem Anstieg der an alle vertragsärztlichen Leistungserbringer ausgezahlten Honorarsumme in den neuen Ländern in Höhe von rd. 312 Mio. Euro bzw. 9,4 Prozent gekommen ist. In den alten Ländern stiegen die ausgezahlten Honorarsummen im gleichen Zeitraum um rd. 8,3 Prozent. Zu berücksichtigen ist dabei aber auch, dass die Zahl der GKV-Versicherten im gleichen Zeitraum zurückgegangen ist⁴. Deshalb wird in der Anlage unter Nummer 5 die an die Ärzte durchschnittlich je Versicherten ausgezahlte Honorarsumme in die Betrachtung einbezogen. Die Auswertung zeigt, dass das durchschnittlich ausgezahlte Honorarvolumen pro Versicherter im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2004 in den alten Ländern um rd. 8,97 Prozent, in den neuen Ländern hingegen um rd. 15,09 Prozent angestiegen ist.

Auch der Umsatz je Arzt (inkl. Psychotherapeuten) aus der Leistungsabrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen erhöhte sich – wie unter Anlage 5.2 ausgewiesen – in den neuen Ländern wesentlich stärker (16,95 Prozent) als in den alten Ländern (6,93 Prozent).⁵

Der Angleichungsprozess zwischen den alten und den neuen Ländern bei den Vergütungen der Vertragsärzte kann auch anhand der sog. Ost-West-Relationen (durchschnittlicher Wert einer Rechnungsgröße in den neuen Ländern in Prozent des durchschnittlichen Wertes dieser Rechnungsgröße in den alten Ländern) abgebildet werden: So stieg die Ost-West-Relation der ausgezahlten Honorarsumme je Versicherten im Vergleich der Jahre 2000 und 2004 von 77,6 Prozent auf 81,9 Prozent (vgl. Anlage 5.5) und die Ost-West-Relation der Umsätze je Arzt (inkl. Psychotherapeuten) von 89,4 Prozent auf 97,8 Prozent (vgl. Anlage 5.2).

Demgegenüber verlief die Entwicklung der Angleichung der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung im Vergleich der alten zu den neuen Ländern im Zeitraum der Jahre 2000 bis 2004 erheblich langsamer. Die Ost-West-Relation erhöhte sich von 77,3 Prozent lediglich auf 77,8 Prozent (vgl. Anlage 5.3).

⁴ In den alten Ländern sank die Anzahl dabei um 0,64 Prozent, in den neuen Ländern um rd. 4,96 Prozent. Vgl. Anlage 5.4.

⁵ Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass die Anzahl der Leistungserbringer in den neuen Ländern zurückgegangen ist (Rückgang 2000 bis 2004: – 6,5 Prozent, vgl. Anlage 5.4).

III. Weitere zwischenzeitlich eingetretenen Entwicklungen

Zu beachten ist, dass es nach dem Inkrafttreten des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte weitere gesetzliche Regelungen gegeben hat, welche die Zielsetzung dieses Gesetzes aufgegriffen und weiterentwickelt haben und die zum Teil bereits für die Ärzte spürbar geworden sind. Wie bereits unter II. ausgeführt, sieht das GMG eine Regelung vor, welche die Anhebung der Gesamtvergütungen für die vertragsärztlichen Leistungen in den neuen Ländern in den Jahren 2004 bis 2006 zusätzlich um insgesamt 3,8 Prozent beinhaltet. Auf Grund dieser Regelungen hat sich der oben beschriebene Angleichungsprozess der Vergütungen der Vertragsärzte in den Jahren 2005 und 2006 weiter fortgesetzt:

Aktuelle Daten der KBV zeigen, dass die Gesamtvergütungen und die an die Ärzte ausgezahlten Honorarsummen in den neuen Ländern auch im Jahr 2005 stärker gestiegen sind als in den alten Ländern. Dies hat dazu geführt, dass die Ost-West-Relation bei den durchschnittlich ausgezahlten Honoraren je Versicherten weiter auf 83 Prozent angestiegen ist. Der durchschnittliche Umsatz je Arzt (inkl. Psychotherapeuten) liegt in den neuen Ländern sogar erstmals leicht oberhalb des durchschnittlichen Umsatzes in den alten Ländern (vgl. Anlage 6, 6.2).

In den o. g. KBV-Honorarzahlen sind die im Jahr 2006 eingetretenen und die für das Jahr 2007 zu erwartenden weiteren Honorarverbesserungen für die Ärzte in den neuen Ländern noch nicht enthalten. Nach den endgültigen Jahresrechnungsergebnissen der gesetzlichen Krankenversicherung hat es im Vergleich 2006 zu 2005 in den neuen Ländern einen deutlich höheren Anstieg der Ausgaben für die ambulante ärztliche Behandlung je Mitglied gegeben (7,4 Prozent) als in den alten Ländern (2,4 Prozent). Auch im Jahr 2007 kann sich dieser Anpassungsprozess fortsetzen, da die für die Erhöhung der Gesamtvergütungen im Jahr 2007 maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen (ohne Berücksichtigung der durch diese Veränderungsraten nicht begrenzten Vergütungsbestandteile) je Mitglied mit 2,23 Prozent in den neuen Ländern deutlich über der entsprechenden Rate von 0,47 Prozent in den alten Ländern liegt.

IV. Perspektiven auf Grund des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) und des Gesetzes zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze (VÄndG)

Deutliche weitere Verbesserungen für die Vergütung der Ärzte und die vertragsärztliche Versorgung in den neuen Ländern werden sich darüber hinaus auch aus dem GKV-WSG enthaltenen Reform des vertragsärztlichen Vergütungssystems ergeben:

- Zentraler Teil dieser Reform ist, dass die vertragsärztlichen Leistungen – im Rahmen bestimmter Leistungsmengen – ab dem Jahr 2009 mit den festen Prei-

sen einer Euro-Gebührenordnung vergütet werden sollen. Damit erhöht sich die Kalkulierbarkeit des Honorars aus Sicht der einzelnen Ärzte erheblich. Wie bereits mit dem GMG geplant, werden zudem die bisherigen Budgets abgelöst und das sog. Morbiditätsrisiko – Ausgabensteigerungen aufgrund einer erhöhten Krankheitshäufigkeit oder einer veränderten Morbiditätsstruktur der Versicherten – auf die Krankenkassen übertragen: Das bedeutet, dass die Krankenkassen zukünftig mehr Geld zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen bereit stellen müssen, wenn der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf der Versicherten im Zeitablauf ansteigt oder wenn Leistungen aus dem stationären Bereich in den ambulanten Bereich verlagert werden. Sofern es im Zeitablauf einen Kostenanstieg gibt, der nicht durch Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeglichen werden kann, sind von den Krankenkassen die sich daraus ergebenden Effekte zusätzlich zu vergüten. Die erforderlichen Honorarsteigerungen werden dabei nicht mehr durch den sog. Grundsatz der Beitragssatzstabilität gekappt. Die Ärzte in den neuen Ländern dürften dabei in besonderer Weise von Abschaffung der geltenden Budgetierung und der Einführung einer Euro-Gebührenordnung profitieren, da die im Gesetz vorgesehenen Regelungen zum Systemeinstieg die Finanzierung höherer Preise und größerer Leistungsmengen und damit einen deutlichen Honorarzuwachs für die Ärzte in den neuen Ländern ermöglichen.

- Auf Grund des neuen Vergütungssystems werden zukünftig die Krankenkassen, deren Versicherte im Vergleich zu den Versicherten anderer Krankenkassen einen relativ höheren Behandlungsaufwand aufweisen, auch höhere Honorarsummen an die KVen zu entrichten haben. Durch den Wegfall der starren Kopfpauschalen wird das von den KVen der neuen Ländern immer wieder angesprochene Problem bei einem Wechsel von Mitgliedern zu anderen Krankenkassen gelöst. Im geltenden Vergütungssystem konnte dies aus Sicht der KV zu einem Honorarverlust führen, obwohl sich an der zu leistenden Versorgung nichts geändert hat. Diese Honorarverluste können im neuen Vergütungssystem nicht mehr auftreten.
- Zudem sieht das neue Vergütungssystem ab dem Jahr 2010 die Steuerung des ärztlichen Niederlassungsverhaltens über Preisanreize vor: Da Ärzte in unterversorgten Gebieten künftig höhere Vergütungen erhalten, haben sie einen Anreiz, sich dort niederzulassen; umgekehrt sinkt der Anreiz, sich in überversorgten Gebieten niederzulassen, da die Ärzte dort niedrigere

Vergütungen erhalten. Diese Preisdifferenzierung kommt den Ärzten und Versicherten in den neuen Ländern, die überproportional von Unterversorgung betroffen sind, besonders zu Gute und wird dazu beitragen, die heute regional bestehenden Versorgungsengpässe abzubauen.

Eine Übergangsregelung für die Jahre 2007 bis einschließlich 2009 stellt schließlich sicher, dass bereits ab dem Jahr 2007 sinnvolle finanzielle Maßnahmen zum Abbau von regionalen Versorgungsengpässen getroffen werden können: Vorgegeben wird, dass die Krankenkassen die für die Zahlung von Sicherstellungszuschlägen bei Unterversorgung benötigten finanziellen Mittel nicht wie bisher nur zu 50 Prozent sondern voll zu tragen haben. Die Zahlung der Sicherstellungszuschläge geht in diesen Jahren also nicht mehr zu Lasten der Gesamtvergütungen und damit der übrigen Ärzte. Zudem wird die im bisherigen Recht enthaltene Begrenzung der für Sicherstellungszuschläge aufgewendeten Finanzvolumina auf 1 Prozent der Gesamtvergütungen aufgehoben, und die Möglichkeiten zur Zahlung von Sicherstellungszuschlägen werden erweitert. Zur Behebung oder Abmilderung möglicher Engpässe bei der vertragsärztlichen Versorgung sind zudem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz eine Reihe von Maßnahmen vorgesehen. Auch von diesen Maßnahmen werden die Ärzte in den neuen Ländern in besonderer Weise profitieren.

Die Bundesregierung geht davon aus, dass mit den o. g. Regelungen die Rahmenbedingungen für die in der vertragsärztlichen Versorgung tätigen Ärztinnen und Ärzte und damit auch die vertragsärztliche Versorgungssituation für die Versicherten erheblich verbessert werden können und eine verlässliche Grundlage für eine weitere Angleichung der Vergütungen zwischen den alten und den neuen Ländern geschaffen wird. Die Umsetzung dieser Regelungen durch die dafür zuständige Selbstverwaltung wird die Bundesregierung sorgfältig beobachten. Ein besonderes Augenmerk wird dabei auf die Entwicklung der Vergütungssituation der Ärzte und der Versorgungssituation in den neuen Ländern gerichtet. Um eine aktuelle und ausreichende Grundlage zur Analyse der Situation in den neuen Ländern zu erhalten, hat das BMG vom Bewertungsausschuss eine Reihe von Daten zur Vergütungs- und Versorgungssituation in den Jahren 1997 bis 2005 sowie eine Analyse zur besonderen Entwicklung in den neuen Ländern angefordert. Zur Zeit werden die dazu vom Bewertungsausschuss, von der KBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen gelieferten Daten und Analysen ausgewertet und die darüber hinaus erforderlichen Datenlieferungen abgestimmt.

Anlage 1

Transfers zwischen den KV-Bereichen der alten und neuen Länder 1999 bis 2005
(Fremdkassenzahlungsausgleich)

KV-Bereich	Jahr						
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
West	2.460.553.790	2.939.761.870	3.320.181.841	1.806.358.962	1.818.960.405	1.819.896.068	1.876.272.793
Ost	442.524.839	523.707.912	679.415.556	298.024.115	305.724.573	313.136.229	335.023.250
Bund	2.903.078.629	3.463.469.782	3.999.597.397	2.104.383.077	2.124.684.977	2.133.032.297	2.211.476.043

Quelle: KBV; die Daten beinhalten die Zahlungen im Primärkassen- und Ersatzkassenbereich

Anlage 2

An die Ärzte (inkl. Ermächtigte und psycholog. Psychotherapeuten) ausgezahlte Honorarsumme vs. Gesamtvergütungen

Jahr	Neue Länder				
	2000	2001	2002	2003	2004
Honorarsumme gesamt	3.328.109.781	3.470.633.331	3.510.220.398	3.607.231.987	3.640.276.563
Gesamtvergütungen gesamt	3.063.696.016	3.049.407.469	3.533.685.833	3.562.582.610	3.622.300.351
Abweichung absolut	264.413.765	421.225.862	-23.465.435	44.649.377	17.976.212
Anteil Gesamtvergütung an ausgezahlter Honorarsumme	92,06	87,86	100,67	98,76	99,51

Jahr	Alte Länder				
	2000	2001	2002	2003	2004
Honorarsumme gesamt	20.525.022.223	21.158.920.649	21.749.584.502	22.187.931.699	22.222.161.787
Gesamtvergütungen gesamt	20.897.145.025	21.359.084.584	21.666.999.656	21.990.952.435	22.188.952.770
Abweichung absolut	-372.122.802	-200.163.935	82.584.846	196.979.264	33.209.017
Anteil Gesamtvergütung an ausgezahlter Honorarsumme	101,81	100,95	99,62	99,11	99,85

Quelle: KBV, eigene Berechnungen

Anlage 3

Von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütungen (nach kassenseitiger Rechnungslegung)

Region / Jahr	2000	2001	2002	2003	2004
Summe alte Bundesländer	20.897.145.025	21.359.084.584	21.666.999.656	21.990.952.435	22.188.952.770
Veränderung zum Vorjahr in %		2,21	1,44	1,50	0,90
Summe neue Bundesländer	3.063.696.016	3.049.407.469	3.533.685.833	3.562.582.610	3.622.300.351
Veränderung in v.H. zum Vorjahr in %		-0,47	15,88	0,82	1,68
davon:					
AOK	1.553.386.772	1.527.750.992	1.530.498.697	1.556.458.225	1.609.869.129
Veränderung zum Vorjahr in %		-1,65	0,18	1,70	3,43
LKK	4.014.303	4.252.856	4.651.248	4.735.208	5.075.334
Veränderung zum Vorjahr in %		5,94	9,37	1,81	7,18
IKK	194.016.800	201.892.538	196.468.828	199.993.374	210.882.777
Veränderung zum Vorjahr in %		4,06	-2,69	1,79	5,44
BKK	34.551.916	39.730.186	550.065.886,00	599.498.904	611.800.322
Veränderung zum Vorjahr in %		14,99	1.284,50	8,99	2,05
VdAK	1.234.116.421	1.234.449.963	1.211.013.195	1.159.566.048	1.138.869.881
Veränderung zum Vorjahr in %		0,03	-1,90	-4,25	-1,78
AEV	43.609.804	41.330.934	40.987.979	42.330.851	45.802.908
Veränderung zum Vorjahr in %		-5,23	-0,83	3,28	8,20

Quelle: KBV, eigene Berechnungen

Anlage 4

Summe der Gesamtvergütungen je Mitglied (kassenseitige Rechnungslegung)
in den Kassenärztlichen Vereinigungen nach Kassenarten, 1997 bis 2004,
in Euro

Kassen- art	2000	2001	2002	2003	2004	Veränderung 2002 zu 2001 in %
	Neue Bundesländer					
AOK	351	364	390	381	389	7,37
LKK	241	312	272	273	281	-12,94
IKK	240	256	272	267	269	6,54
BKK	316	336	390	380	387	16,09
VdAK	376	390	395	407	413	1,24
AEV	267	278	284	294	300	2,03
Summe	348	361	381	378	384	5,36

Abweichung BKK zu Durchschnitt 90,84 93,03 102,51 100,46 100,59

Quelle: KBV; eigene Berechnungen

Anlage 5

Entwicklung der Honorarsummen, der Durchschnittsumsätze, der Vergütungen je Versicherten und der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den Jahren 2000 bis 2004

1. Honorarsummen / Gesamtvergütungen

	Alte Länder - in Euro -		Veränderung in %	Neue Länder - in Euro -	
	2000	2004		2000	2004
Insgesamt an Leistungserbringer ausgezahlte Honorarsumme (inkl. Ermächtigte u. psycholog. Psychotherapeuten)	20.525.022.223	22.222.161.787	8,27	3.328.109.781	3.640.276.563
Von den Krankenkassen gezahlte Gesamtvergütungen	20.897.145.025	22.188.952.770	6,18	3.063.696.016	3.622.300.351
					558.604.335
					18,23

2. Umsatz je Arzt

Arztgruppe	Alte Länder - in Euro -		Veränderung in %	Neue Länder - in Euro -		Ost zu West in %	
	2000	2004		2000	2004	2000	2004
alle Ärzte inkl. Ermächtigte (ohne psycholog. Psychotherapeuten)	179.940	192.600	7,04	151.286	178.628	27.342	18,07
alle Ärzte inkl. Ermächtigte (mit psycholog. Psychotherapeuten)	166.197	177.710	6,93	148.535	173.713	25.178	16,95
							89,4
							97,8

3. Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied

Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied	Alte Länder - in Euro -		Veränderung in %	Neue Länder - in Euro -		Ost zu West in %	
	2000	2004		2000	2004	2000	2004
	19.574	20.133	2,86	15.131	15.673	542	3,58
							77,3
							77,8

4. Anzahl der Leistungserbringer (Ärzte, Psychotherapeuten) nach KBV sowie der GKV-Mitglieder und GKV-Versicherte (nach KM 1)

	Alte Länder		Veränderung in %	Neue Länder	
	2000	2004		2000	2004
Ärzte inkl. Ermächtigte (ohne psycholog. Psychotherapeuten)	110.890	111.487	0,54	21.775	20.086
Ärzte inkl. Ermächtigte (mit psycholog. Psychotherapeuten)	123.498	125.047	1,25	22.406	20.956
GKV-Mitglieder	41.208.383	41.127.160	-0,20	9.827.899	9.497.930
GKV-Versicherte	58.939.275	58.561.042	-0,64	12.321.612	11.710.239
					-329.969
					-611.373
					-4,96

5. Rechnerische Honorarsumme je Versicherten

Arztgruppe	Alte Länder - in Euro -		Veränderung in %	Neue Länder - in Euro -		Ost zu West in %	
	2000	2004		2000	2004	2000	2004
alle Ärzte (mit psycholog. Psychotherapeuten)	348	379	9,97	270	311	41	15,09
							77,6
							81,9

Quelle: KBV, KMI, eigene Berechnungen

Anlage 6

Entwicklung der Honorarsummen, der Durchschnittssumme, der Vergütungen je Versicherten und der beitragspflichtigen Einnahmen je Mitglied in den Jahren 2004 bis 2005

	Alte Länder - in Euro -		Neue Länder - in Euro -		Veränderung absolut 2005 zu 2004 in %
	2004	2005	2004	2005	
1. Honorarsummen / Gesamtvergütungen					
Insgesamt an Leistungserbringer ausgezählte Honorarsumme (inkl. Ermächtigte u. psycholog. Psychotherapeuten)	22.222.161.787	22.656.780.964	3.640.276.563	3.728.559.919	2,43
Von den Krankenkassen gezählte Gesamtvergütungen	22.188.952.770	22.626.329.333	3.622.300.351	3.719.839.769	2,69
2. Umsatz je Arzt					
Arztgruppe					
alle Ärzte inkl. Ermächtigte (ohne psycholog. Psychotherapeuten)	192.600	189.183	178.628	181.275	1,48
alle Ärzte inkl. Ermächtigte (mit psycholog. Psychotherapeuten)	177.710	175.673	173.713	175.936	1,28
3. Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied					
Beitragspflichtige Einnahmen je Mitglied					
	20.133	20.220	15.673	16.190	3,30
4. Anzahl der Leistungserbringer (Ärzte, Psychotherapeuten) nach KBV sowie der GKV-Mitglieder und GKV-Versicherte (nach KM 1)					
Arzte inkl. Ermächtigte (ohne psycholog. Psychotherapeuten)	111.487	115.500	20.086	20.219	133
Ärzte inkl. Ermächtigte (mit psycholog. Psychotherapeuten)	125.047	128.971	20.956	21.193	237
GKV-Mitglieder	41.127.160	41.145.198	9.487.930	9.262.908	-235.022
GKV-Versicherte	58.561.042	58.841.273	11.710.239	11.659.184	-51.055
5. Rechnerische Honorarsumme je Versicherten					
Arztgruppe					
alle Ärzte (mit psycholog. Psychotherapeuten)	379	385	311	320	9

Quelle: KBV, KMI, eigene Berechnungen