

# Arzthonorar

## Wie kommt das Geld von den Krankenkassen zu den Praxen?

**NF |** Für gesetzlich Versicherte läuft ein Besuch in der Arztpraxis meist so ab: Die elektronische Gesundheitskarte wird eingelesen, die Behandlung wird durchgeführt, die Praxis rechnet die Leistung ab, ohne dass Patientinnen oder Patienten selbst in Vorkasse gehen müssen (sogenanntes Sachleistungsprinzip). Aber wie kommt das Geld nun von der Krankenkasse zur Ärztin oder zum Arzt? Was hat es mit dem Budget auf sich? Und was bedeutet die kürzlich beschlossene Entbudgetierung im hausärztlichen Bereich?

### Was können Ärztinnen und Ärzte abrechnen?

Welche Leistungen Ärztinnen und Ärzte mit der Krankenkasse abrechnen können, ist im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** festgelegt. Der EBM gilt bundesweit und ist für alle Beteiligten bindend. Er listet abschließend die ambulanten ärztlichen Leistungen für gesetzlich Versicherte auf. Das bedeutet, dass nur Leistungen, die im EBM gelistet sind, als Kassenleistung erbracht und abgerechnet werden können. Die Inhalte des EBM werden vom Bewertungsausschuss, einem Gremium aus Kassenvertretern und Vertretern der Ärzteschaft, festgelegt. Private Krankenkassen, Unfallversicherungen und die Hausarztzentrierte Versorgung haben eigene Leistungskataloge.

Im EBM sind die Leistungen nach Arztgruppen unterteilt, man unterscheidet hausärztliche und fachärztliche Leistungen. Alle Leistungen werden durch einen

5-stelligen Ziffernkode, die **Gebührenordnungsposition (GOP)**, gekennzeichnet. Die einzelnen Leistungen (GOP) sind in Punkten bewertet (siehe Abb. 1). Diese werden mit dem **Orientierungspunktwert**, einem jährlich vereinbarten Centbetrag, multipliziert, woraus sich der Eurobetrag ergibt, mit dem eine Leistung vergütet werden soll. Für 2025 liegt der Orientierungspunktwert bei 12,3934 Cent.

Die Angabe einer Diagnose mittels **ICD-10-Kode** ist bei der Abrechnung wichtig. Sie dient als Begründung für die abgerechnete Leistung. Zusätzlich haben ICD-10-Kodes in der Abrechnung eine große Auswirkung auf die Summe, die von den Kassen für ärztliche Leistungen bereitgestellt werden, da diese u. a. von der Morbidität der Versicherten abhängt.

### Wie kommt das Geld von den Krankenkassen zu den Praxen?

Die Krankenkassen stellen für die Versorgung ihrer Versicherten in ambulanten Praxen einen bestimmten Geldbetrag zur Verfügung. Die Verteilung dieses Geldes, die **Gesamtvergütung**, übernimmt die jeweilige **Kassenärztliche Vereinigung (KV)**. Dazu reichen Ärztinnen und Ärzte quartalsweise ihre Abrechnungen bei der KV ein. Wie hoch die Gesamtvergütung ist, wird zwischen den KV-en und den Landesverbänden der Krankenkassen vereinbart.

Das Geld landet dabei in zwei verschiedenen „Töpfen“ (siehe Abb. 2). Die meisten Leistungen werden aus der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)** finanziert. Problem an der MGV: Die Geldmenge der MGV ist vorher festgelegt, d. h., werden mehr Leistungen abgerechnet, als Geld vorhanden ist, stellen die Kassen kein zusätzliches Geld zur Verfügung. Stattdessen wird eine Mengensteuerung eingeführt, um eine Ausweitung der Leistungen zu verhindern. Bis zu einer bestimmten Grenze werden Ärztinnen und Ärzte dabei für ihre Leistungen voll bezahlt, so wie es der EBM mit seinem Punktewert vorsieht. Wird eine bestimmte Leistungsgrenze von einer Ärztin oder einem Arzt im Quartal überschritten, so werden alle darüber hinausgehenden Leistungen zu einem geringeren Preis als im EBM angegeben vergütet (sogenannte **Budgetierung**).

#### 03324 Langzeit-Blutdruckmessung

57 PUNKTE	7,06 EURO	 Nicht berichtspflichtig	KEINE fachärztliche Grundversorgung
--------------	--------------	---	--

##### Beschreibung

Langzeit-Blutdruckmessung

##### Obligator Leistungsinhalt

- Automatisierte Aufzeichnung von mindestens 20 Stunden Dauer,
- Computergestützte Auswertung,
- Aufzeichnung der Blutdruckwerte mindestens alle 15 Minuten während der Wach- und mindestens alle 30 Minuten während der Schlafphase mit gleichzeitiger Registrierung der Herzfrequenz,
- Auswertung und Beurteilung des Befundes

Abb. 1: Beispiel GOP 03324 für die Langzeit-Blutdruckmessung

Quelle: <https://ebm.kbv.de/>

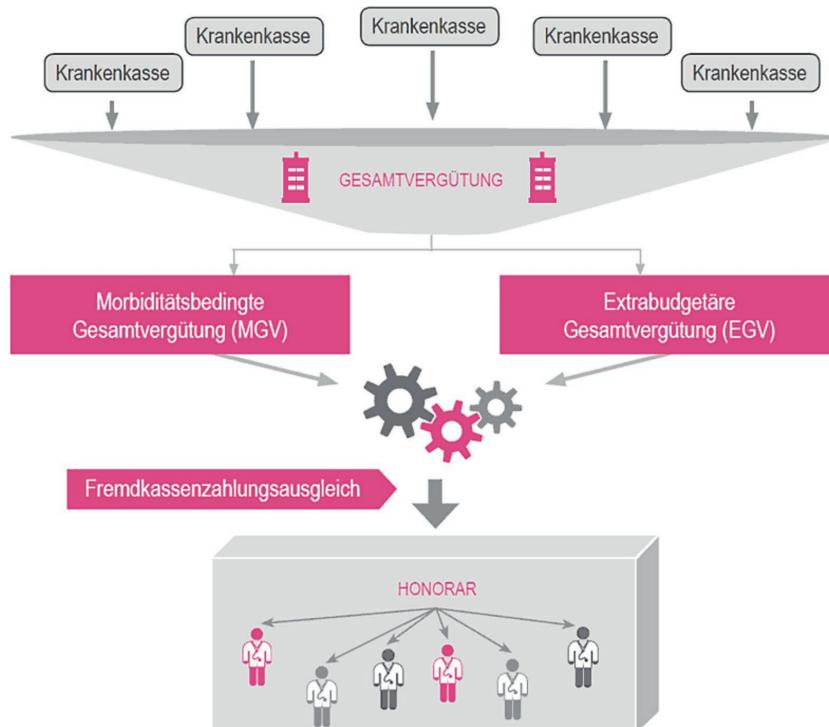


Abb. 2: Vergütung im deutschen Gesundheitswesen

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung, <https://www.kbv.de/html/1019.php>

Mit dem Geld aus dem zweiten Topf, der **extrabudgetären Gesamtvergütung**, werden besonders förderungswürdige Leistungen, wie z. B. Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen, bezahlt. Diese Leistungen werden i. d. R. vollständig bezahlt.

### Budgetierung als großes Ärgernis

Die Budgetierung, sprich die Deckelung von Leistungen, wurde bereits 1992 mit dem Gesundheitsstruktur-Gesetz eingeführt. Dieses Gesetz hatte das Ziel, langfristig stabile Beitragssätze in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu gewährleisten. Anfang der 1990er Jahre befürchtete man zudem eine „Ärzteschwemme“. Die Einführung einer Bedarfsplanung sollte niedergelassene Ärztinnen und Ärzte davor schützen, dass sich eine unbegrenzte Anzahl neuer Ärztinnen und Ärzte niederlassen und dann um das gedeckelte Budget konkurrieren.

Viele Leistungen sind heute bei der Abrechnung budgetiert, andere werden über eine Pauschale abgegolten, unabhängig davon, wie oft eine Patientin oder ein Patient in die Praxis kommt. Die Folge: Je mehr Leistungen in der Praxis erbracht werden, desto geringer fällt die Vergütung pro Leistung aus – ein großes Ärgernis für Arztpraxen. Auch für Patientinnen und Patienten kann dies negative Folgen haben, z. B. wenn Praxen keine neuen Patientinnen und Patienten mehr aufnehmen oder sie keinen Termin bekommen.

Mit dem Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz tritt nun doch noch eine neue Regelung für den hausärztlichen Bereich in Kraft: In Zukunft sollen alle Leistungen der allgemeinen Versorgung einschließlich Hausbesuche vollständig und ohne Kürzungen vergütet werden (sog. Entbudgetierung). Demnach können die Honorare für die Praxen ohne Begrenzung steigen, wenn neue Patientinnen und Patienten in die Praxis aufgenommen oder mehr Leistungen als bisher erbracht werden. Eine solche Regelung gab es vorher nur im Bereich der Kinder- und Jugendmedizin (seit April 2023).

Quellen:

<https://www.kbv.de/html/1019.php>

<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/presse/pressemitteilungen/bundestag-beschliesst-gesundheitsversorgungsstaerkgungsgesetz-pm-31-01-25.html>

<https://upgrade2024.kv-rlp.de/index.php?eID=upload&t=f&f=4687&token=b20b415542aab62f2783f76acdce89cc71575c52>

<https://www.praxisimnot.de/pic/upload/FAQ---Budgetierung-im-Gesundheitswesen.pdf>

Alle Quellen wurden zuletzt am 12.02.2025 abgerufen.