

Im November 2006

Erweiterte Honorarverteilung (EHV) – die Altersversorgung der hessischen Vertragsärzte

Daten, Funktionsweise und Hintergründe der EHV (Stand September 2006)

Als einzige KV in Deutschland verfügt die KV Hessen über ein eigenes Altersversorgungswerk der niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte – die EHV. Es handelt sich um ein Umlagesystem, an dem derzeit rund 8500 Ärzte als Einzahler und rund 5600 Rentenempfänger beteiligt sind. Die Grundsätze der EHV werden von der Vertreterversammlung der KV Hessen beschlossen, bei Satzungsänderungen mit 2/3 Mehrheit in zwei Lesungen. Die letzte EHV Reform ist am 1. Juli 2006 in Kraft getreten.

Die EHV in Zahlen

Bestand im Jahresdurchschnitt 2004

Aktive Vertragsärzte (Einzahler)

Anzahl	8.490
durchschnittl. Honorar pro Quartal	41.323 €
EHV-relevante Honorarsumme pro Quartal	350,7 Mio €

EHV-Empfänger

▶ Ärzte	
Anzahl	2.874
durchschnittl. Anspruch	11,416 %
durchschnittl. Quartalsanspruch	4.870 €
▶ darin enthaltene Berufsunfähigkeitsrenten	
Anzahl	525
durchschnittl. Anspruch	10,996 %
durchschnittl. Quartalsanspruch	3.695 €
▶ Hinterbliebenen- / Geschiedenenrenten (ohne Waisen)	
Anzahl	1.955
durchschnittl. Anspruch	7,19 %
durchschnittl. Quartalsanspruch	2.950 €

Summe der EHV-Empfänger	4.821
Summe der EHV-Ansprüche	46,627 %
Summe der Renten pro Jahr	76,4 Mio €

Die Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung, kurz EHV genannt, sind ein auf Umlagebasis finanziertes Altersversorgungswerk der hessischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Anders als bei kapitalbasierten Altersversorgungssystemen wird in einem umlagebasierten Ansatz der Finanzbedarf im aktuellen Zahlungszeitraum, hier Quartal, durch Umlage von den dieses Versorgungswerk tragenden (aktiven) Vertragsärztinnen und Vertragsärzten aufgebracht. Die EHV hat ihre Ursprünge in den 50iger Jahren, ausgehend von einem ähnlich strukturierten Altersversorgungswerk in der damals noch selbständigen Bezirksstelle Gießen, und besteht somit fast ein halbes Jahrhundert.

Gesetzliche Grundlage

Das Gesetz über die KV Hessen vom 22.12.1953 beinhaltet folgenden Passus: „Die KV Hessen sorgt im Rahmen ihrer Satzung für eine wirtschaftliche Sicherung der Invaliden und alten Kassenärzte und der Hinterbliebenen von Kassenärzten. Diese Sicherung kann auch durch besondere Honorarverteilungsgrundsätze geregelt werden.“

Die gesetzliche Grundlage ist somit ein **Landesgesetz**. Ähnliche gesetzliche Regelungen gibt es in anderen Bundesländern nicht. Im Rahmen der Gesetzgebung des Bundes zu der gesetzlichen Krankenversicherung sind in früheren Jahren, soweit erforderlich, ein ums andere Mal Übergangsbestimmungen formuliert worden, die die Weiterführung der EHV auch nach einer gesetzlichen Neuregelung von Rahmenbedingungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sicherten.

Die Formulierung im Gesetz stellt auf Kassenärztinnen und Kassenärzte bzw. in der heutigen Diktion auf Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ab. Die Frage, ob die **Psychologischen Psychotherapeuten** sowie **Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten** Mitglied des Altersversorgungswerkes „EHV“ werden können, ist noch nicht abschließend durch die

Gerichte geklärt. Das Hessische Landessozialgericht hat die Klagen der Psychotherapeuten abgewiesen.

Wie weitreichend eine Verantwortung der Dienstaufsichtsbehörde, d. h. des Hessischen Sozialministeriums und somit des Landes Hessen für das EHV-Versorgungssystem ist, wurde bisher kontrovers diskutiert und in einem **Rechtsgutachten** im Auftrag der KV Hessen von Prof. Ebsen und einem Gegengutachten des HSM durch Prof. Merten gegensätzlich beurteilt. Es bleibt daher unverändert die Aufgabe des Vorstandes, der Mandatsträger aber auch der Mitglieder der KV Hessen immer wieder die Problematik des Bestandes der EHV bei allen Politikern des Landes Hessen aber ebenso bei der KBV anzusprechen, um sie dafür zu sensibilisieren, dass alle Reformen im Gesundheitswesen, insbesondere Veränderungen der Vergütungsformen ohne Beteiligung der KV Hessen, verheerende Auswirkungen auf die EHV haben können.

Funktionsweise der EHV

Mit der Annahme einer Zulassung wird jeder Vertragsarzt als **Mitglied der KV Hessen in die EHV** einbezogen. Ihre Honorarzahungen unterliegen unter Berücksichtigung der Systematik damit Quotierungen zur Deckung des Finanzbedarfes für die Zahlungen an die inaktiven Vertragsärzte, d. h. an diejenigen Ärzte, die bereits aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden sind, oder deren Hinterbliebene. Die **quotenmäßige Minderung** der allgemeinen Honorarverteilung betrug dabei in den letzten Jahren ca. 5 %. Mit der EHV-Reform 2006 wurde ein Höchstsatz von 5 % festgelegt. Eine Sonderregelung mit einer weiteren Quotenminderung in Höhe von 0,8 %-Punkten (bis Quartal 4/02) bzw. 0,6 %-Punkten (ab Quartal 1/03 bis 2/06) führte zum Aufbau eines Kapitalstocks, der zu einem kleinen Teil für die bei der Reform 2006 beschlossene Rückabwicklung des zuvor abgesenkten Höchstanspruchssatzes von 18 % verwendet wird und darüber hinaus weiterhin als Sicherheitsfonds dient.

Gleichzeitig mit der Abgabe von Honoraranteilen zur Deckung des Finanzbedarfes der EHV über geminderte Auszahlungspunktwerte erwirbt der aktive Vertragsarzt einen **Anspruch auf spätere EHV-Zahlungen** nach Erreichen des Eintrittsalters in die EHV bzw. nach Vorliegen einer Berufsunfähigkeit. Der Anspruch auf Zahlungen aus der EHV-Umlage der Aktiven wird dabei jeweils in Form von Punkten erworben.

Für jedes Quartal wird das Prozentverhältnis der anerkannten Honorarforderung aus der Abrechnung der Primär- und Ersatzkassen des einzelnen Vertragsarztes zur Durchschnittshonorarforderung aller Vertragsärzte im gleichen Quartal festgestellt.

Bewegt sich ein Vertragsarzt mit dem Honoraranspruch jeweils im Durchschnitt aller hessischen Vertragsärzte, so werden pro Jahr also insgesamt 400 Punkte gutgeschrieben.

Nach **Eintritt des Versicherungsfalles**, d. h. nach Aufgabe der Zulassung, in der Regel zumeist mit Erreichen des vollendeten 65. Lebensjahres, werden alle im Laufe der vertragsärztlichen Tätigkeit erarbeiteten Punktzahlen aufaddiert und der so genannten Normalstaffel, die den idealtypischen Verlauf des Ansprucherwerbes in der EHV beschreibt, gegenübergestellt und ein konkreter Anspruch in Prozent mit Bezug auf das Durchschnittshonorar aller an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden hessischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte ermittelt.

Hat ein Arzt in 30 Jahren vertragsärztlicher Tätigkeit jedes Jahr das Durchschnittshonorar erreicht und damit regelmäßig 400 Punkte jährlich gutgeschrieben bekommen, so erreicht er entsprechend der Normalstaffel den **Höchstanspruch** von 18 %. Ist durch geringere Umsätze eine im Vergleich zur Normalstaffel geringere Punktzahl erreicht worden, liegt der Anspruch darunter. Wurden hingegen höhere Umsätze erreicht und somit mehr als 100 Punkte im Quartal bzw. 400 Punkte im Jahr dem EHV-Punktekonto gutgeschrieben, so kann bereits mit weniger als 30 Jahren vertragsärztlicher Tätigkeit der Höchstanspruch erreicht werden.

Abweichungen vom Normalfall regeln die Sonderbedingungen bei der Feststellung des erarbeiteten EHV-Anspruches.

Sonderbedingungen bei der Feststellung des erarbeiteten EHV-Anspruches

Wie bei vielen Altersversorgungswerken üblich berücksichtigt die EHV-Systematik auch soziale Komponenten. So können im Einzelfall Punktzahlgutschriften bei der Feststellung des EHV-Anspruches hinzukommen, wenn der rechnerisch erarbeitete Anspruch unterhalb des idealtypischen Versicherungsverlaufes und dem damit verbundenen Anspruch liegt.

Mit zu den sozialen Komponenten der Systematik gehört es, dass bereits bei Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit Mindestanspruchssätze erworben werden können, die eine finanzielle Absicherung der Vertragsärztin bzw. des Vertragsarztes ab dem 1. Tag der vertragsärztlichen Tätigkeit gewährleisten. Voraussetzung ist hier eine Gesundheitsuntersuchung zu Beginn der Vertragsärztlichkeit.

Zu den weiteren Regelungen bei der Feststellung des Anspruches im Versicherungsfall zählen detaillierte Vorgaben zu Sondersachverhalten, wie vorzeitiger Wegzug aus Hessen oder Aufgabe der vertragsärztlichen Tätigkeit vor Erreichen des Eintrittsalters in die EHV aber auch Unterbrechung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

„Eintrittsalter“ in die EHV

Generell geht die Systematik der EHV davon aus, dass ein auf Basis der vertragsärztlichen Tätigkeit erarbeiteter Anspruch dann ungekürzt zu gewähren ist, wenn der Versicherungsfall bei einem Vertragsarzt mit oder nach **Vollendung des 65. Lebensjahres** eintritt und die vertragsärztliche Tätigkeit zu diesem Zeitpunkt aufgegeben wird. Spätestens ab Erreichen des vollendeten 68. Lebensjahres endet Kraft gesetzlicher Regelung derzeit die vertragsärztliche Tätigkeit. Ab Vollendung des 63. Lebensjahres ist ein vor-

zeitiger Eintritt in die EHV möglich. Der erarbeitete und festgestellte Anspruch wird dann aber lebenslänglich um 15 % gekürzt, bei vollendetem 64. Lebensjahre um 7 %. Die Kürzungen erklären sich aus versicherungsmathematischen Gesichtspunkten, da vorzeitig Zahlungen geleistet werden und somit auch Beitragsjahre entfallen.

Es wird an dieser Stelle darauf verzichtet, jeden Sondersachverhalt darzustellen. Personenbezogene Informationen gibt auf schriftliche Anfrage das

**EHV-Kompetenzzentrum der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**
Adelheidstraße 7
65549 Limburg.

Versorgungsausgleichsverfahren

Wie alle Altersversorgungssysteme muss auch die EHV gesetzlichen Anforderungen im Hinblick auf das Versorgungsausgleichsrecht genügen. Bedingt durch diese Tatsache erhalten nicht nur Vertragsärztinnen und Vertragsärzte nach Beendigung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit Zahlungen aus der EHV, sondern auch Geschiedene sowie Witwen und Waisen von Vertragsärzten.

Bei Geschiedenen wird per Beschluss des Familiengerichtes ein eigenständiger Anspruch auf EHV-Zahlungen formuliert, der wiederum dann finanziell zu bedienen ist, wenn die in der EHV vorgesehenen Altersgrenzen für den Eintritt des Versicherungsfalles erreicht sind oder Berufsunfähigkeit eintritt.

Reformelemente des Jahres 2000

Vor dem Hintergrund einer steigenden Belastungen der aktiv tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte als Folge der Alterspyramide der hessischen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sowie der zunehmenden Lebenserwartung wurde im Dezember 2000 von der Abgeordnetenversammlung der KV Hessen eine erste

grundsätzliche EHV-Novellierung beschlossen. Sie sah neben einer Änderung des idealtypischen Versicherungsverlaufes, auf dessen Basis die Ansprüche errechnet werden, auch eine über mehrere Jahre gestufte Reduzierung des erreichbaren Höchstanspruches von 18 % vor.

Ein weiterer Teil der Reform war die Berücksichtigung so genannter **besonderer Kosten**. Dies führte dazu, dass die Honoraranteile von Praxen mit kostenintensiven Leistungen in Teilen von den EHV-Zahlungen ausgenommen wurden. Diese Kostenberücksichtigung hatte das Ziel, die Existenzfähigkeit von Praxen im Hinblick auf die Belastung durch die EHV nicht zusätzlich und nachhaltig zu gefährden.

Darüber hinaus wurde die Einrichtung des bereits erwähnten **Ausgleichsfonds** beschlossen, dem nachfolgend bis zum Quartal 2/06 in mehreren Schritten Finanzmittel zugeführt wurden.

Reformelemente des Jahres 2006

Unter dem Druck langfristig steigender Beiträge zur EHV bei rückläufigen Praxisumsätzen war nach Scheitern weiterer Reformansätze der Fortbestand des EHV-Systems gefährdet.

Nach langen Beratungen ist es gelungen, den **Generationsvertrag** und das **Solidaritätsprinzip** der EHV durch Beschlüsse der Vertreterversammlung zu erneuern.

Erstens wurde eine Belastungsobergrenze von 5 % des Honorars der aktiven Vertragsärzte durch Einführung eines regulierenden **Nachhaltigkeitsfaktors (NHF)** festgelegt.

Zweitens wurde zum Ausschluss von Verwerfungen die **Rückabwicklung** des in der Reform 2000 reduzierten Höchstanspruches auf erneut 18 % beschlossen.

Drittens wird in Angleichung an das Vorgehen bei der Honorarverteilung auch bei der EHV-Zahlung eine **Veränderung der Zahlungsmodalität** vorgenommen: Ab Oktober 2006 werden

die monatlichen Abschlagszahlungen von bisher 30 % auf 25 % des voraussichtlich zu erwartenden Quartalshonorars abgesenkt. Dafür wird zukünftig mit dem Quartalsabschluss eine Restzahlung von ebenfalls 25 % geleistet. Hiermit wird auch die Gleichschaltung der Honorarverteilung der Vertragsärzte mit den Honorarzahlungen an die EHV-Empfänger erreicht. Vor dem Hintergrund langfristiger Schwierigkeiten bei der Honorarabrechnung mit nachfolgend längeren Zeiträumen, in denen vorübergehend Abschlagszahlungen, auch für die EHV, geleistet werden mussten, hat sich diese Maßnahme als sehr sinnvoll erwiesen.

Beschlossen wurde auch ein neuer **EHV-Honorarbescheid**, der ab dem III. Quartal 2006 eine bessere Übersicht über die Abrechnung gibt.

Durch eine redaktionelle Überarbeitung der EHV Satzung wurde die Lesbarkeit verbessert und der §7 wurde den derzeit gültigen juristischen Anforderungen angepasst.

Bedeutung der EHV unter finanziellen Aspekten

Unter Berücksichtigung der derzeitigen EHV-Quotierung des erarbeiteten Honorars, ist im Rahmen der Reform der EHV 2006 als Zielvorgabe beschlossen worden, dass die **maximale Belastung von 5 %** nicht überschritten werden soll. Die für die EHV-Zahlungen erforderliche Quotierung der Honorare hat nachhaltige Auswirkungen auf die Finanzierung der Praxen der aktiv tätigen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte. Honorareinbehalte für die EHV bedeuten de facto eine Minderung des zur Verfügung stehenden Einkommens im jeweiligen Quartal.

Die Gesamtsumme, die von den aktiv tätigen Vertragsärzten per Quotierung einbehalten wird, um sie dann an die Empfänger von EHV-Zahlungen weiterzuleiten, beträgt zurzeit ca. 75 Mio. € p. a.

Für viele ehemalige Vertragsärztinnen und Vertragsärzte sind die Zahlungen aus der EHV wesentlicher Bestandteil ihrer **Alterssicherung**, in Einzelfällen sogar die einzige Einnahmequelle. Diese grundsätzlich zu erhalten war Konsens in allen Reformdiskussionen. Die bei zunehmender Zahl der EHV-Empfänger zu erwartende Reduzierung der EHV-Bezüge wird sich nur langsam, aus heutiger Sicht über viele Jahre auswirken und Spielraum für erforderliche Zusatzabsicherungen lassen.

Wenn heute, realistisch gesehen, kaum mit einer Steigerung der Gesamtvergütung im Bereich der ambulanten Versorgung in Hessen zu rechnen ist, die eine Erhöhung der EHV-Bezüge ermöglichen würde, so besteht eher die Gefahr einer Minderung der über die KV erfolgenden Gesamtvergütung durch gesetzgeberische Vorgaben wie integrierte Versorgung, Direktverträge mit Krankenkassen und noch ausstehende Gesundheitsreformen auf der Bundesebene, die die KVH aus der Honorarverteilung ausschließt.

Es ist daher Aufgabe der KV Hessen bei allen Reformansätzen der KBV, insbesondere aber bei den Gesundheitspolitikern auf Bundes- und Landesebene, die EHV-Besonderheiten Hessens einzubringen und die Verantwortung für ihren Bestand anzumahnen. Dies bedarf eines zunehmenden Engagements der aktiven Vertragsärzte im Kampf um die Honorarverteilung, aber ebenso das Engagement der Inaktiven zur Sicherung der Erweiterten Honorarverteilung.

Vor- und Nachteile der EHV – Kritikpunkte

Die Systematik der EHV als umlagebasiertes Verfahren ergänzt sich mit dem bei der **LÄK Hessen** angesiedelten berufsständigen **Versorgungswerk**, das auf einem kapitalbasierten Ansatz arbeitet. Kapitalbasierte Systeme sind erheblich empfindlicher gegen inflatorische Tendenzen und gegenüber gesetzgeberischen Eingriffen z. B. einer Einheitsrente. Sie lassen

jedoch zu jeder Zeit, und dies ist ihr wesentlicher Vorteil, in der Regel genauere Aussagen zum erworbenen Anspruch zu.

Hier besteht ein wesentlicher **Nachteil** der EHV, da letztlich der Anspruchssatz erst mit Eintritt des Versicherungsfalles festgestellt werden kann und in besonderem Maße an das jeweilige aktuelle Durchschnittshonorar der Vertragsärzte in Hessen gebunden ist.

Gerade dieser Sachverhalt ist vielen Aktiven wie ehemaligen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten schwer zu vermitteln.

Von **Vorteil** für die EHV ist der **steuerliche Aspekt**, da das an die EHV abgeflossene Honorar während der vertragsärztlichen Tätigkeit nicht versteuert werden muss. In aller Regel liegt die dann nach Eintritt des Versicherungsfalles entstehende Steuerpflicht für EHV-Zahlungen niedriger.

Häufiger **Kritikpunkt** an der EHV ist auch die so genannte **Rendite**, die man bei kapitalbasierten Systemen leicht vorherbestimmen kann, nicht jedoch bei der EHV. Gerade aus diesem Grund wurde von den Kritikern die Überführung der EHV ein kapitalgedecktes System gefordert, ein Wunsch, der heute wegen des nicht aufbringbaren Kapitals nicht realisiert werden kann.

Schlussbemerkungen

Die EHV, zu Beginn der 50iger Jahre geschaffen, ist insgesamt gesehen in ihrer Struktur geprägt von der damaligen Situation mit fehlenden Finanzmitteln für den Aufbau eines kapitalbasierten Altersversorgungswerkes. Hinzugekommen ist, dass bereits sehr früh nach Gründung der EHV die Ansprüche der damaligen Kassenärzte bedient werden sollten. Nur so lässt sich letztlich der Ansatz eines Umlageverfahrens, mit dem seinerzeit auch kurzfristig Finanzmittel zur Verfügung gestellt werden konnten, erklären, trotz damals bereits ausgesprochener Warnungen betreffend der möglichen Folgewirkungen.

Anfangs waren die Belastungsquoten als „vernachlässigbar“ anzusehen; in der heutigen Zeit wären sie der Sprengstoff für das Gesamtsystem geworden, wenn nicht die Reform 2006 gelungen wäre.

Die Erneuerung des Bekenntnisses zum Generationsvertrag und dem Solidarprinzip der Vertragsärzte hat das EHV System in Hessen langfristig über die Jahrzehnte gesichert.

Aber es lauern auch zukünftig Gefahren, wenn durch neue Versorgungsstrukturen des Gesetzgebers der KV Hessen weitere Gesamtvergütungsanteile, die die Grundlage für die EHV-Zahlungen bilden, verloren gehen.