



2009

Auf dem Weg zur echten Gebührenordnung

Ankunft in der neuen Welt
Ein Euro-EBM für jede Region

Mehr Geld und mehr Gerechtigkeit
Regelleistungsvolumen: klarer Rahmen für Praxen

Perspektiven für ärztliche Gemeinschaften
Ärzte, die kooperieren, erhalten Zuschläge

Das Geld folgt verstärkt der Leistung
Morbidity wird wichtiger denn je

Blick nach vorn
Vollendet wird die Honorarreform erst im Jahr 2012



Vorwort des Vorstands der KBV

Dr. med. Andreas Köhler und Dr. med. Carl-Heinz Müller

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

der 1. Januar 2009 ist, zumindest aus vertragsärztlicher Sicht, ein wichtiges Datum. Es markiert den Eintritt in ein neues Honorarzeitalter. Nach fast 20 Jahren haben wir erstmals die Chance, eine Vergütung zu erhalten, die mit der Zeit dem tatsächlichen Versorgungsbedarf der Versicherten entspricht. Das ist ein echter Paradigmenwechsel! Doch es ist nicht das einzige Ziel, das wir bei den zum Teil schwierigen Verhandlungen mit den Krankenkassen verwirklichen konnten. Künftige Honoraranpassungen werden nicht mehr durch die Steigerung der Grundlohnsumme begrenzt sein. Neben der Entwicklung der Morbidität sollen auch Verlagerungen vom stationären in den ambulanten Bereich berücksichtigt werden.

Entscheidend war, diese Ziele vor dem Start des Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Kassenbeitragssatz zu erreichen. Dieses extrem enge Zeitfenster mussten wir nutzen. Das haben wir getan. Die großen Ärzteproteste des Jahres 2006 haben zudem der Politik deutlich gemacht, dass die ambulante Versorgung unterfinanziert ist. Sicherlich, es wird nicht für jeden Arzt im Land nun das Paradies auf Erden anbrechen. Das zu versprechen wäre unseriös. Aber die Risiken sind durch den Honorarzuwachs von mehr als zehn Prozent für die Gesamtheit der KV-Mitglieder deutlich reduziert.

Wir werden dies als Ansporn und Ausgangsbasis für weitere Verbesserungen betrachten, statt zu beklagen, dass ja alles noch viel besser sein müsste.

Die Mittel sind nun einmal begrenzt; gerade in diesen Zeiten, in denen sich vieles im System der gesetzlichen Krankenkassen ändert, achten die Kostenträger noch mehr als sonst darauf, die Ausgaben auf ein Minimum zu beschränken. Angesichts dieser Gemengelage ist es nicht richtig, das Erreichte in einer Gewinner-Verlierer-Diskussion kleinzureden. Tatsache ist: Kein Bundesland hat Geld verloren. Im Gegenteil: Überall wird es Zuwächse geben.

Das Vergütungsniveau Ost wird auf rund 95 Prozent des Niveaus West angehoben. Die Trennung der Honorartöpfe für Haus- und Fachärzte bleibt erhalten, so dass hier keine Verlagerungseffekte zum Nachteil einer Gruppe stattfinden. Das Budget im klassischen Sinne ist abgeschafft. Erstmals seit 20 Jahren stehen wieder Beträge in Euro und Cent im EBM, keine Punkte. Die Preise sind vielleicht noch nicht restlos zufriedenstellend. Aber sie sind ein erster wichtiger



Die beiden KBV-Vorstände betonen: Die Honorarreform 2009 ist Ansporn und Ausgangspunkt für weitere Verbesserungen.

Schritt hin zu einer echten Gebührenordnung für die gesetzliche Krankenversicherung.

Im Folgenden möchten wir Ihnen näher erläutern, was die neue Honorarwelt ab 2009 bringt. Wir wollen Ihnen erklären, wie die Struktur des neuen EBM aussieht, wo die Unterschiede zu bisherigen Abrechnungsmodalitäten liegen und was das für Sie konkret als niedergelassener Arzt beziehungsweise Psychologe in der Praxis bedeutet. Wir hoffen, Ihnen die Änderungen damit näherzubringen und verständlich zu machen. Denn wir sind überzeugt, dass sie für die Vertragsärzteschaft ein großer Schritt in die richtige Richtung sind.

Ankunft in der neuen Welt

Die Zeiten der floatenden Punktwerte sind vorbei. Von 2009 an rechnen die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte nach regionalen Euro-Gebührenordnungen ab.

Mit dem Aufbruch in eine neue Welt ist es so eine Sache. In die Hoffnung auf bessere Zeiten mischt sich immer auch die Angst vor dem Unbekannten. Das dürfte annähernd die Gefühlslage der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte beschreiben, die von 2009 an eine völlig neue Honorarwelt erwartet. Die alte Muschelwährung in Punkten wird abgelöst von einer Gebührenordnung in Euro und Cent. Außerdem hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) einen stattlichen Honorarzuwachs von rund 2,7 Milliarden Euro für das nächste Jahr durchgesetzt. Und doch treibt so manchen Vertragsarzt die Frage um, was von diesen Segnungen bei ihm persönlich ankommt. Denn die Einzelheiten der Honorarreform müssen jetzt auf regionaler Ebene geregelt werden, nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Krankenkassen und – als Zünglein an der Waage – der unparteiische Vorsitzende Prof. Dr. rer. pol. Jürgen Wasem Ende August im Erweiterten Bewertungsausschuss die Grundlagen gelegt haben.

Diesen Beschluss zumindest hält der Vorstandsvorsitzende der KBV, Dr. med. Andreas Köhler, für einen echten Erfolg. Denn mit der Honorarreform werden einige langjährige Forderungen der Ärzte erfüllt. Sie bedeutet das Ende der starren Kopfpauschal-Budgetierung, mit der die Ärzte seit den 90er-Jahren leben mussten. Bislang zahlten die Krankenkassen eine Kopfpauschale je Versicherten an die zuständige Kassenärztliche Vereinigung (KV), deren Höhe sich in erster Linie an der Historie und kaum an der Versorgungsrealität orientierte. Insbesondere durfte das ärztliche Honorar im Rahmen der budgetierten Gesamtvergütung nicht stärker steigen als die Grundlohnsumme. Dieses System wird nun abgelöst. Zukünftig soll sich der Honorarzuwachs der Ärzte an den Kostenstrukturen der Arztpraxen und an der Morbidität der Versicherten orientieren. Das bedeutet, dass nicht mehr die Ärzte das finanzielle Risiko tragen, wenn sie mehr Patienten behandeln müssen oder diese an besonders schweren Erkrankungen leiden, sondern die Krankenkassen.

Als Erfolg wertet es Köhler auch, dass es aufgrund der Finanzspritze gelingen wird, das ärztliche Hono-

rar in den neuen Bundesländern auf 95 Prozent des Westniveaus anzuheben und gleichzeitig drohende Honorarabflüsse aus den alten Bundesländern zu vermeiden. Außerdem konnte die Trennung der Vergütungsanteile in einen haus- und einen fachärztlichen Anteil bis mindestens 2011 festgeschrieben werden. Mithin müssen die Hausärzte nicht befürchten, im Rahmen der EBM-Reform Honoraranteile an die Fachärzte zu verlieren. Auch die Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten konnten so aufgewertet werden, dass sie für 2009



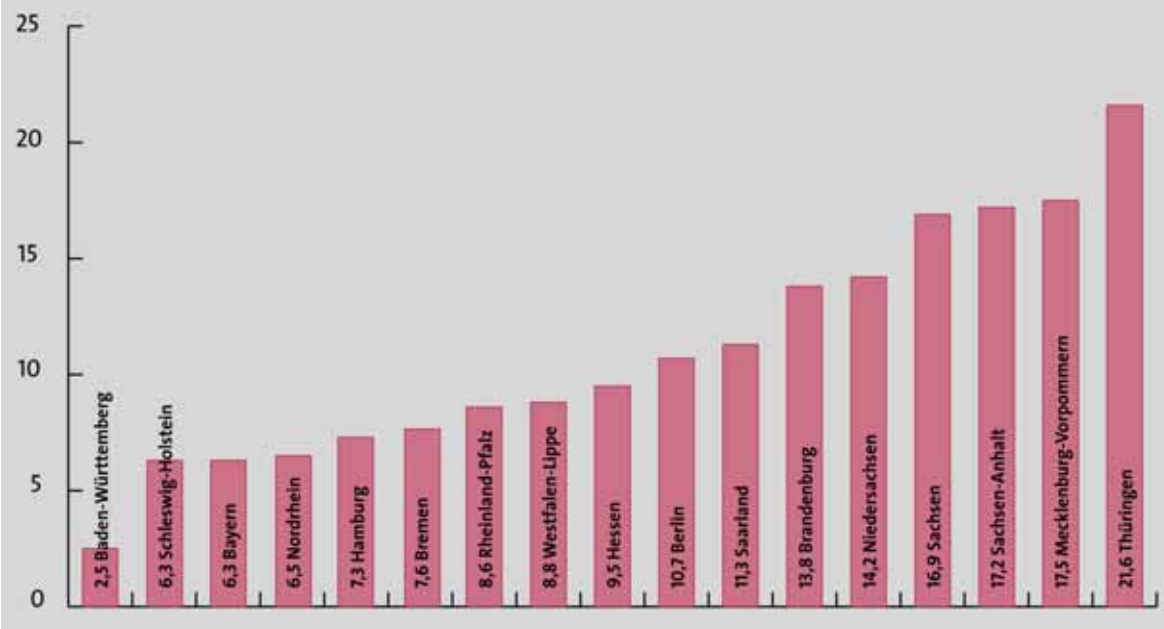
Klarheit bei der Abrechnung: Der neue EBM bewirkt, dass Ärzte erstmals seit Jahren den Preis für ihre Leistungen kennen.

ein Honorarplus von rund 160 Millionen Euro verzeichnen.

Künftig wird es eine sehr viel kleinere Rolle spielen, in welcher Region ein Arzt Versicherte welcher Krankenkasse behandelt. Bundesweit gibt es dann für die gleiche Leistung (annähernd) das gleiche Geld. Denn die wohl wichtigste Folge des neuen Honorarsystems ist, dass die Ärzte Ende des Jahres statt des bisherigen Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM), der die Leistungen in Punktwerten ausweist, eine Euro-Gebührenordnung in Händen halten. Sie kennen also künftig den Preis für ihre Leistung.

Den Weg in die neue Honorarwelt ebnete der EBM 2008. Dessen Pauschalen lösten die bisherige

Geschätzte Veränderungen des Gesamthonorars 2009 in den KVen gegenüber 2007 (in Prozent)



Einzeleistungssystematik ab – angesichts der für 2009 geplanten Abkehr von den alten Kopfpauschalen-Budgets ein Zugeständnis an die Kostenträger, wie KBV-Honorardezernent Dr. med. Bernhard Rochell erklärt. Denn durch die stärkere Pauschalierung wird bereits auf der Ebene des EBM eine Mengensteuerung vorgenommen. Zwar wurden die Versichertenpauschalen im hausärztlichen und die Grundpauschalen im fachärztlichen Bereich in diesem Jahr nach wie vor mit Punkten bewertet. Die Punktzahlen lagen aber im Vergleich zu vorher um durchschnittlich zehn Prozent höher. „Mit dem EBM 2008 ist es auf dem Punktzahlniveau gelungen, zwei zentrale Forderungen durchzusetzen“, sagt Rochell: Die Anpassung des kalkulatorischen Arztlohns und die Berücksichtigung der Mehrwertsteuererhöhung 2007. Mit mehr Geld war diese Erhöhung des Punktzahlvolumens in diesem Jahr allerdings nicht verbunden, denn das Honorarvolumen blieb gedeckelt. Der Zuwachs war aber wichtig für den 2. Schritt der Honorarreform: die Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009. Diese ist in Kombination mit dem Orientierungswert, den der Erweiterte Bewertungsausschuss Ende August erstmals ermittelt hat, die finanzielle Grundlage für die neue Euro-Gebührenordnung.

Der unparteiische Vorsitzende im Beschlussgremium hat für das Jahr 2009 einen bundeseinheitlichen Punktwert von 3,5001 Cent festgelegt. Rein rechnerisch ergibt sich dieser, indem die um den für 2009 ausgehandelten Honorarzuwachs gesteigerte Gesamtvergütung durch die Zahl der abgerechneten Punkte, also die Leistungsmenge, geteilt wird. Leistungen, die im Rahmen von Modell- oder Hausarztverträgen erbracht wurden, extrabudgetäre Leistungen oder Früherkennungsuntersuchungen sind nicht in die Berechnung des Orientierungswerts eingeflossen. Sie können deshalb auch künftig höher vergütet werden.

Ausgangsbasis für die Ermittlung der neuen Gesamtvergütung war das Jahr 2007. Die damalige Honorarsumme – bereinigt um die oben erwähnten nicht berücksichtigten Leistungen – wurde um den Anstieg der Grundlohnsumme für 2008 und 2009 erhöht. Um noch offene Vertragsabschlüsse in den einzelnen KVen abbilden zu können, beschloss der Bewertungsausschuss zusätzlich einen Anpassungsfaktor in Höhe von zwei Prozent.

Der Ermittlung der Leistungsmenge liegen ebenfalls die Daten von 2007 zugrunde. Aufgrund der regional unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge weicht die Menge der abgerechneten Leistungen jedoch von KV-Bezirk zu KV-Bezirk erheblich ab – stellenweise um bis zu 2 500 Punkte. Der Erweiter-

te Bewertungsausschuss hat deshalb beschlossen, die Leistungsmenge in den neuen Bundesländern geringer abzustaffeln als in den alten (einschließlich Berlin). Dieser Mechanismus führt dazu, dass sich die Honorare im Osten an das Westniveau angleichen: von 84 Prozent auf 95 Prozent im Jahr 2009. Problematisch wirkte sich der Beschluss allerdings zunächst auf die KVen im Westen aus, die bisher mit strikten Individualbudgets ihren Punktwert stabilisiert und dafür die Leistungsmenge reduziert haben. Sie schnitten aufgrund ihres niedrigeren Punktzahlvolumens bei der Honorarsteigerung schlechter ab als die KVen, die weniger strikte Mengengrenzungen hatten. Bemühungen der KBV, für die betroffenen KVen einen Korrekturfaktor ähnlich dem für die neuen Länder zu verhandeln, waren zunächst gescheitert. „Nachdem das Bundesgesundheitsministerium aber auf Druck reagiert und neue Spielräume geschaffen hat, konnte der Erweiterte Bewertungsausschuss am 23. Oktober im zweiten Anlauf auch für diese KVen ein akzeptables Ergebnis erzielen“, meint Köhler.

Bei der Ermittlung der Leistungsmenge wurden zudem besonders förderungswürdige Leistungen wie Akupunktur, Psychotherapie oder Schmerztherapie mithilfe eines Anpassungsfaktors aufgewertet. Auch die Effekte des EBM 2008 wurden berücksichtigt. Sie führen zu einer durchschnittlichen Steigerung der Leistungsmenge von elf Prozent.

„Wir haben das Ziel nicht aus den Augen verloren“

Zwar ist der auf dieser Grundlage ermittelte Orientierungswert von 3,5 Cent noch weit von den ursprünglich geforderten 5,11 Cent entfernt. Doch: „Wir haben das Ziel nicht aus den Augen verloren“, bekräftigt KBV-Chef Köhler. Man müsse bei der Rechnung immer Preis und Menge zusammen betrachten. Der Bewertungsausschuss habe etliche Leistungen mit einer höheren Punktmenge als zuvor bewertet, sodass man sich in einigen Bereichen durchaus der 5,11-Cent-Marke nähere.

Auf regionaler Ebene können KVen und Kassen vom Orientierungswert nicht abweichen. Die gesetzlich eingeräumte Möglichkeit, Indikatoren für besondere Kosten- oder Versorgungsstrukturen in den Regionen festzulegen, die Abweichungen rechtfertigen, hat der Bewertungsausschuss nicht genutzt. Zu gering seien die Unterschiede, hieß es.

Das Bundesgesundheitsministerium hat allerdings inzwischen klargestellt, dass die Vertragspartner auf Landesebene auch andere Gründe geltend machen können, um einen vom Orientierungswert abweichenden so genannten Regelfallpunktwert für ihre jeweilige Euro-Gebührenordnung festzulegen. Der Spielraum hierfür ist jedoch äußerst eng. Davon abgesehen können KVen und Krankenkassen allerdings Zuschläge zum Punktwert für besonders förderungswürdige Leistungen festlegen, die aus der Gesamtvergütung herausgenommen wurden.

„Im Jahr 2009 findet primär eine Vereinheitlichung auf der Ebene des Preises statt“, fasst KBV-Dezernent Rochell zusammen. „Im Jahr 2010 kommt dann die andere Komponente an die Reihe, nach der sich die Höhe der Gesamtvergütung bemisst. Dann nämlich wird auch der versichererbezogene Behandlungsbedarf weiter vereinheitlicht, also die Leistungsmenge je Versicherten.“ Sie bildet die Basis für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung der Honorare. Für das Jahr 2009 wurde die Gesamtvergütung allerdings noch wesentlich anhand der „historischen“ Leistungsentwicklung festgelegt – es wurde jedoch erstmals eine morbiditätsbedingte Steigerung der Leistungsmenge gegenüber dem Vorjahr um 5,1 Prozent zugestanden. Außerdem sollen künftig Leistungen nach den festen Sätzen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, deren Zunahme nicht vorhersehbar war, beispielsweise im Zusammenhang mit Epidemien, Katastrophen oder einem überproportionalen Anstieg bestimmter Infektionskrankheiten.

Der Erweiterte Bundesausschuss hat ein Verfahren zur Ermittlung der Gesamtvergütung vorgegeben, das für die Regionen weitgehend verbindlich ist. Das hat Folgen für das Honorar der Ärzte. Denn es legt gleichzeitig die Leistungen fest, die im Rahmen der Gesamtvergütung honoriert werden und somit der neuen Mengengrenzung durch Regelleistungsvolumen unterliegen, und solche Leistungen, die außerhalb dieser Mengensteuerung vergütet werden. Das heißt aber auch, dass das künftige arztindividuelle Regelleistungsvolumen zwar einen wesentlichen Teil des ärztlichen Einkommens darstellt. Daneben gibt es aber immer noch Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit in der Regel höheren Punktwerten vergütet werden. Außerdem kann für den Fall eines unvorhersehbaren Anstiegs des Behandlungsbedarfs Geld nachgefordert werden.

Interview

Dr. med. Andreas Köhler und Dr. med. Carl-Heinz Müller über das hohe Tempo der Reform, Gewinner-Verlierer-Debatten und Verhandlungschancen in den Regionen

DÄ: Herr Dr. Köhler, Herr Dr. Müller, in wenigen Wochen wird die neue Honorarreform umgesetzt. Was ist aus Ihrer Sicht das Positive daran?

Köhler: Dazu zähle ich die Abschaffung der Budgets, der Kopfpauschalen und die Tatsache, dass die Weiterentwicklung der Vergütung an der Grundlohnsomme beendet wird. Da hatte sich in 19 Jahren eine Systematik entwickelt, die versorgungsfremd war und nicht demographiefest. Jetzt haben wir die Chance, ein Honorar zu bekommen, das tatsächlich etwas mit dem Behandlungsbedarf zu tun hat. In Zukunft geht es bei der Weiterentwicklung des Honorars um versorgungsnahe Faktoren wie die Entwicklung der Morbidität oder Verlagerungen der Behandlungen aus dem stationären in den ambulanten Bereich.

Köhler: In Zukunft geht es stärker um versorgungsnahe Faktoren.

Köhler: So ein Potenzial kann man, gerade vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes, nicht hoch genug schätzen. Wir haben jetzt Chancen, die wir nie gehabt hätten, wenn die alten Regeln einfach fortgeführt worden wären. Deshalb war es notwendig, diese Honorarreform zügig umzusetzen. 2009 oder 2010 hätten wir keine Möglichkeit mehr gehabt, Forderungen wie in diesem Jahr zu stellen.

DÄ: Das Geld bleibt aber weiter knapp. Wieso sind diese Faktoren dann so wichtig?

Köhler: So ein Potenzial kann man, gerade vor dem Hintergrund des Gesundheitsfonds und des einheitlichen Beitragssatzes, nicht hoch genug schätzen. Wir haben jetzt Chancen, die wir nie gehabt hätten, wenn die alten Regeln einfach fortgeführt worden wären. Deshalb war es notwendig, diese Honorarreform zügig umzusetzen. 2009 oder 2010 hätten wir keine Möglichkeit mehr gehabt, Forderungen wie in diesem Jahr zu stellen.

DÄ: Kritiker sagen: Alles schön und gut, aber das ausgehandelte Geld reicht nicht.

Köhler: Ich weiß. Aber ich bleibe dabei: Es ist uns gelungen, einen Abfluss aus den alten Bundesländern zu verhindern und den Vergütungsangleich mit den neuen Ländern zu bewirken. Wir haben die weitere Trennung der Honorartöpfe von Haus- und Fachärzten verhandelt. Und noch etwas: Es stehen bald erstmals seit rund 20 Jahren wieder Preise im EBM, keine Punkte. Sie sind vielleicht noch nicht angemessen. Aber sie sind der erste richtige Schritt weg von der Muschelwährung hin zu einer Gebührenordnung für die GKV.

Müller: Wir waren es Ärzten und Psychotherapeuten schuldig, die Honorarreform gerade nach Einführung des EBM 2008 zeitgerecht umzusetzen, und das ist uns gelungen. Was noch dazukommt: Unseren Mitgliedern ist es wichtig, ihre Qualifikationen auch vergütet zu bekommen. Das wird im Rahmen der Honorarreform wieder stärker berücksichtigt. Ein Beispiel: Bestimmte Leistungen der Entwicklungsdiagnostik und -therapie von Kindern und Jugendlichen sind aus der haus- und kinderärztlichen Pauschale herausgenommen worden und werden wieder als Einzelleistung vergütet.

DÄ: Die Reaktionen auf den Schiedsspruch sind dennoch alles andere als euphorisch. Wieso?

Köhler: Das hängt weniger mit dem Verhandlungsergebnis zusammen als damit, dass wir das Honorar bundesweit angleichen. Bislang hatten wir in 17 KVen unterschiedliche Honorarverteilungsverträge und Fallwerte. Jetzt geht es überfallartig in eine völlig neue Honorarwelt. Deshalb laufen jetzt auf vielen Ebenen Gewinner-Verlierer-Diskussionen.

DÄ: Die Ärzte sind nicht überzeugt davon, dass ausgerechnet bei ihnen genug Geld ankommt. Sie sorgen sich, dass sie sogar Umsatz verlieren könnten. Bei manchen, beispielsweise den ambulanten Operateuren oder anderen hochspezialisierten Fachärzten, kann man die Sorgen nachvollziehen.

Köhler: Was uns sicher fehlt, ist eine Konvergenzphase, wie es sie im stationären Bereich gab. Wir



Fotos: Svea Pietschmann

durchlaufen ja derzeit eine ähnliche Entwicklung, von einer sehr unterschiedlichen Honorierung hin zu einem bundesweiten Basisfallwert – allerdings in kürzester Zeit. Welcher Arzt gewinnt oder verliert, wissen wir tatsächlich noch nicht. Was wir aber wissen: Durch den Honorarzuwachs sind die Risiken entscheidend minimiert.

Müller: Die Kassen steigen mit dem Gesundheitsfonds und dem einheitlichen Beitragssatz auch in eine ganz neue Welt ein. Das ist für sie ebenfalls mit sehr viel Unsicherheit verbunden. Herr Dr. Köhler und ich bedauern beide, dass in so kurzer Zeit solche entscheidende Veränderungen einschließlich der Finanzkrise stattfinden. Aber weil wir die Chancen der niedergelassenen Ärzte und Psychologen im Blick hatten, mussten wir zügig handeln.

DÄ: *Manche Ärzte argumentieren: 2,7 Milliarden Euro mehr im Jahr 2009 inklusive aller Posten wie der Grundlohnsummensteigerung sind zu wenig, wenn man jahrelang argumentiert hat, die Ärzte bekämen etwa ein Drittel ihrer erbrachten Leistungen nicht honoriert.*

Köhler: Natürlich hätten wir unter diesem Blickwinkel sieben Milliarden Euro gebraucht. Aber das ließ sich nicht durchsetzen. Entscheidend ist doch, dass wir nun eine Ausgangsbasis haben, um die Vergütung weiterzuentwickeln. Ich bin zuversichtlich, dass wir über einen längeren Zeitraum vernünftige Preise und vernünftige Mengen verhandeln können. Das geht bei den begrenzten Mitteln der Krankenversicherung nicht von heute auf morgen.

Müller: In die sehr festen Mauern des Budgets haben wir endlich breite Tore eingezogen. Dass wir die geforderten 30 Prozent nicht auf einmal durchsetzen können, ist klar. Aber eine Steigerung um zehn Prozent zeigt, dass es in die richtige Richtung geht.

DÄ: *Ein weiterer Kritikpunkt ist der Orientierungswert. Die KBV hat lange argumentiert, auf Basis ihrer betriebswirtschaftlichen Kalkulationen müsse es einen Punktwert von 5,11 Cent geben. Mit nur 3,5 Cent, argumentieren die Kritiker, kann man doch nicht mehr Geld verdienen als vorher.*

Köhler: Man muss Preis und Menge sehen. Wir haben allein bei 20 Leistungsbereichen die Punktzahlen im EBM erhöht. Multipliziert man die mit dem Orientierungswert, kommt man teilweise



Müller: Wir steigen wie die Kassen in eine ganz neue Welt ein. Aber wir mussten zügig handeln.

schon in die Nähe der 5,11 Cent. Das gilt nicht für alle Leistungen. Aber wir haben diesen Wert nicht aus den Augen verloren. Und wir lassen 2009 zu, dass mehr Leistungen zu einem festen Preis erbracht werden können als vorher. Das wird ein Arzt oder Psychotherapeut auf seinem Konto sehen.

DÄ: *Sorgen bereiten auch die Regelleistungsvolumen. Manche fürchten, dass sie zu knapp bemessen sind, andere, dass sie den Rahmen nicht ausschöpfen können. Wer hat Recht?*

Köhler: Also es ist doch paradox: Jahrelang haben die Ärzte beklagt, die Mengensteuerung lasse es nicht zu, dass alle ihre Leistungen bezahlt würden. Und jetzt sorgen sie sich, dass sie die Regelleistungsvolumen nicht ausfüllen können. Warten wir erst einmal ab, bis die Ärzte ein, zwei Quartale damit gearbeitet haben.

DÄ: *Aber was ist mit Gruppen wie den Hausärzten, deren Leistungen stark pauschaliert sind? Werden sie möglicherweise Schwierigkeiten haben, das Regelleistungsvolumen auszufüllen?*

Köhler: Für Ärzte mit stark pauschalierten Leistungen sind Regelleistungsvolumen in der Tat nicht so einfach auszufüllen. Herr Dr. Müller und ich sind deshalb dafür, bei der Weiterentwicklung der Vergütung generell wieder mehr in Richtung Einzelleistung oder ablaufbezogene Komplexe zu gehen. Das müssen wir innerärztlich diskutieren.

Müller: Für die Hausärzte ist wichtig zu wissen, dass es Qualitätszuschläge gibt, die das Regelleistungsvolumen ergänzen. Wenn ein Arzt über

zusätzliche Qualifikationen verfügt, wie zum Beispiel Sonografie, bringt das drei Euro mehr pro Fall. Es lässt sich sehr wohl zusätzliches Einkommen generieren, wenn die entsprechende Leistung erbracht wird.

DÄ: Was ist an den Regelleistungsvolumen eigentlich besser als an den alten Budgetgrenzen?

Köhler: Mein Regelleistungsvolumen kenne ich im Voraus, in Euro und Cent. Ich weiß, was ich im Jahr verdienen kann. Dieser Punkt geht derzeit noch völlig unter. Wann hatten wir das zuletzt? Und welche Freiberufler sind in so einer komfortablen Lage?

DÄ: Weshalb dann die Sorgen?

Müller: Die langen Transportwege der Information sind ein Problem. Das, was wir verhandelt haben, ist sehr kompliziert und muss erst noch in den Praxen ankommen. Uns ärgert es schon, wenn Verbände nur auf den Orientierungswert von 3,5 Cent verweisen, aber nicht darauf, dass Leistungsmengen und -bewertungen erhöht wurden und auch noch Spielraum auf regionaler Ebene für weitere Anpassungen vorhanden ist. Die Ärzte können darauf vertrauen, dass sie 2009 gut bestehen können, wenn sie leistungsfähig sind und ein durchschnittliches Behandlungsspektrum aufweisen.

DÄ: Ihre Botschaft ist also: Es wird sich einspielen mit den Regelleistungsvolumen, und die Ärzte müssen sich keine Sorgen machen?

Köhler: Ja, es ist so, wie Dr. Müller sagte. Allenfalls kleine Praxen, die sich nicht spezialisiert haben, könnten Schwierigkeiten bekommen. Aber die haben schon vorher keinen großen Umsatz gemacht. Und für die extrem fallzahlstarken Einzelpraxen ließ sich mit den Krankenkassen keine

gute Lösung aushandeln. Die betreffenden Ärzte müssen einen Antrag auf Praxisbesonderheiten stellen. Was wir auf jeden Fall genau verfolgen werden, ist, wie gut technikgebundene Fächer wie die Radiologie klarkommen.

DÄ: Ein wichtiger Punkt sind die heutigen extrabudgetären Leistungen. Wie sieht es damit für die Zukunft aus?

Köhler: Der Bewertungsausschuss hat im Oktober etliche Anpassungsfaktoren für Gruppen wie die ambulanten Operateure oder Belegärzte beschlossen, die deren Honorarrisiken deutlich vermindern. Das Problem ist auch hier, dass es regional sehr unterschiedliche extrabudgetäre Vergütungen gab. Wenn nun einheitlich Menge und Preis festgelegt werden, verlieren die, die bislang ganz oben lagen. Da muss man gegebenenfalls in der Region

nachverhandeln. Wir hoffen deshalb, dass die Kassen ihre Angststarre wegen des Fonds bald aufgeben.

DÄ: Herr Dr. Köhler, Sie sind immer dafür eingetreten, dass es für gleiche Leistung gleiches Geld geben soll. Wenn man die Debatten der KVen um die Höhe ihrer Zuge-

winne betrachtet, scheint das auf wenig Zustimmung zu stoßen.

Köhler: Ich bleibe dabei: Die Lösung eines Patientenproblems muss bundesweit bei gleicher Qualität die gleiche Vergütung auslösen. Das wird eigentlich auch nicht kritisiert. Bisher wurden aber unterschiedliche Preise gezahlt. Nun herrscht die Erwartung vor, dass man sich am höchsten orientiert. Aber es geht eher in Richtung des Durchschnittspreises. Das schafft Unzufriedenheit.

Müller: Es war uns sehr wichtig, das Honorar der Ärzte in den neuen Bundesländern anzupassen. Das ist uns gelungen, ebenso die Sicherung förderungswürdiger und präventiver Leistungen. Und die Gesamtvergütung ist um zehn Prozent gestiegen.



Der KBV-Vorstand: Nun gibt es gleiches Geld für gleiche Leistung. Und die Honorare im Osten werden endlich an das Westniveau angeglichen.

Mehr Geld und mehr Gerechtigkeit

Ärzte und Psychologen sind noch nicht überzeugt, dass sie 2009 mehr verdienen können. Doch die KBV ist optimistisch, dass mehr Geld in den Praxen ankommt.

Mehr als 2,7 Milliarden Euro sollen im nächsten Jahr an zusätzlichem Honorarvolumen an Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung fließen. Viele von ihnen sind dennoch skeptisch. Denn wegen des Zeitdrucks bei der Umsetzung der Honorarreform wird bis Jahresende bei vielen Unklarheit herrschen, wie sich ihr persönlicher Honorarrahmen 2009 gestaltet. In Zukunft rechnen zwar alle Ärzte auf Basis des EBM dieselben Leistungen ab, die überall im Land mit dem identischen Orientierungswert bewertet werden. Doch aufgrund der regional weiterhin unterschiedlichen Leistungsmenge je Versicherten wird das Regelleistungsvolumen beispielsweise eines Augenarztes in Thüringen 2009 wohl immer noch niedriger ausfallen als in Hamburg.

„Dadurch, dass 2009 mehr Geld zur Verfügung steht, wird man auch mehr Leistungen abrechnen können. Schließlich erhalten die Ärzte im Bundesdurchschnitt einen Honorarzuwachs von gut 10 Prozent. Der kommt auch in Euro an“, betont Köhler. Weiterhin lasse man zu, dass mehr Behandlungen zu einem festen Preis vergütet würden: „Ein Arzt hat in Zukunft ein Regelleistungsvolumen in Euro, das er zu Beginn des Quartals kennt. Das gab es 19 Jahre lang nicht.“ Dennoch: Die arztbezogenen, praxisindividuellen Regelleistungsvolumen begrenzen das Honorar. Sie sind der Dreh- und Angelpunkt der neuen Honorarwelt. Entscheidend für die Zukunft ist auch hier die Vergangenheit: Das RLV baut jeweils auf der Anzahl von Patienten auf, die der Arzt im Vorjahresquartal behandelt hat.

2009 wird es aber trotz der Honorarerhöhung nicht jedem Arzt möglich sein, mehr Geld zu verdienen. Dies liegt an den regionalen Unterschieden im Honorarniveau und an der Vergangenheit der Honorarverteilung. In manchen KVen wurden die abrechnungsfähigen Leistungsmengen stark begrenzt, um einen möglichst hohen Punktwert zu erzielen. Anderswo wurde nahezu jede Leistung bezahlt, wenn auch mit einem zum Teil sehr geringen Punktwert. Dies erklärt teilweise auch, warum der Leistungsbedarf je Versicherten von KV zu KV unterschiedlich ist: Die Honorarverteilungspolitik

zog unterschiedliche Strategien der Ärzte nach sich. In Stadtstaaten wie Hamburg ist zudem das Angebot an fachärztlicher Versorgung hoch, weil das Umland mitversorgt wird. Auch dies hat über die Jahre zu einem höheren Leistungsbedarf geführt.

Weil die Finanzierung vertragsärztlicher Leistungen nun stark vereinheitlicht wird, fällt der Honorarzuwachs von Bundesland zu Bundesland sehr unterschiedlich aus. Durch einen ergänzenden Beschluss des Bewertungsausschusses wurde das Ergebnis aber nachgebessert. So verliert keine KV, aber es ist nicht auszuschließen, dass einzelne Ärzte oder Arztgruppen Verluste hinnehmen müssen.

Mathematisch betrachtet ist alles einfach: Um das RLV einer Arztpraxis zu errechnen, wird die



Klar ist: Ein Arzt hat in Zukunft ein Regelleistungsvolumen in Euro, das er zu Beginn des Quartals kennt.

Fallzahl der betreffenden Praxis aus dem jeweiligen Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert der zuständigen KV multipliziert. Dieser Fallwert ergibt sich letztendlich aus dem durchschnittlichen Fallwert der Arztgruppe in Euro im Jahr 2007, der um den arztgruppenspezifischen EBM-2008-Zuwachs gesteigert wurde.

Finanzielle Basis für die RLV ist im Ganzen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, die im Vorhinein für ein Jahr festgelegt wird. Dieses Geld steht zur Verfügung, allerdings nicht zu 100 Prozent. Denn abgezogen werden zuvor für den hausärztlichen wie den fachärztlichen Versorgungsbereich

Rückstellungen, unter anderem je drei Prozent für die abgestaffelte Leistungsvergütung. Daraus werden Leistungen bezahlt, die Ärzte über ihr RLV hinaus erbracht haben und die mit floatenden Punktwerten vergütet werden. Hinzu kommt ein Puffer, um Zuschläge auf das RLV für bestimmte qualifikationsgebundene Leistungen zu honorieren.

Grundsätzlich zerstreuen die KBV-Honorarexperten Sorgen wegen der Regelleistungsvolumen: Wer eine durchschnittliche Praxis führe, werde damit gut hinkommen. Auch die Befürchtung, mit dem RLV sei nicht auszukommen, ist in den meisten Fällen unbegründet. Denn generell sind sie so konstruiert, dass Zuwächse erst abgestaffelt werden, wenn ein Arzt die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe um mehr als 150 Prozent überschritten hat. Außerdem hat nicht jede Abweichung negative Folgen fürs RLV. Berücksichtigt werden unter anderem urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretungen von Kollegen. Ärzte können zudem Praxisbesonderheiten geltend machen.



Psychotherapeuten:
neue Zeitgrenzen

Ebenfalls wichtig: Das RLV ist die größte, aber nicht die einzige Einnahmequelle bei der Behandlung von gesetzlich krankenversicherten Patienten. Hinzu kommen Honorare für abgestaffelte Leistungen, für qualitätsgebundene Zuschläge und für bislang extrabudgetär bezahlte Leistungen. Vieles, wie zum Beispiel belegärztliche Leistungen oder das ambulante Operieren, wird nach wie vor separat vergütet. Daneben sind bestimmte Leistungen, die der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zugeordnet werden,

aus den RLV herausgenommen, um sie zu fördern. Dazu zählen zum Beispiel Leistungen des organisierten Notfalldienstes oder die Kostenerstattungen für Laborleistungen und Sachkostenpauschalen.

Allerdings: Der Gesundheitsfonds und der neue einheitliche GKV-Beitragssatz nivellieren die Einnahmen der Kassen stärker als zuvor. Deshalb zeichnen sich bereits deutlich Widerstände auf Seiten der Krankenkassen ab, auf regionaler Ebene in einem Umfang und zu Preisen wie bisher Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung zu finanzieren. Die Honorarexperten der KBV sind aber opti-

Zuschläge für Hausärzte (Auswahl)

Sofern Hausärzte eine der folgenden Leistungen erbringen, erhalten sie einen Qualitätszuschlag ergänzend zum Honorar des RLV:

- Sonographie: 3,50 Euro
- Psychosomatik: 3 Euro
- Prokto-/Rektoskopie: 1 Euro
- Kleinchirurgie: 1,50 Euro
- Langzeit-EKG: 1 Euro
- Langzeit-Blutdruckmessung: 1 Euro
- Spirometrie: 1 Euro
- Ergometrie: 1,50 Euro
- Chirotherapie: 1 Euro

mistisch. Denn viele der ehemals extrabudgetären Leistungen sind solche, auf die weder Kassen noch Versicherte verzichten wollen: unter anderem Präventionsleistungen und Impfungen.

Geklärt wurde durch den Schiedsspruch im Erweiterten Bewertungsausschuss, wie es mit einer Reihe besonders förderungswürdiger Leistungen inner- und außerhalb der Gesamtvergütung weitergehen soll. Durch jeweils spezifisch gewichtete Anpassungsfaktoren wird die EBM-Punktzahl für diese Leistungen erhöht, um die Differenz zwischen den Orientierungswert von 3,5 Cent und den bisherigen Auszahlungspunktwerten auszugleichen. Dabei handelt es sich zum Beispiel um die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten (Faktor 1,32), Akupunktur (Faktor 1,17), Polysomnographie (Faktor 1,2), MRT-Angiographie (Faktor 1,17) sowie antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie gemäß Abschnitt 35.2 (Faktor 1,32). Auf Landesebene können überdies noch Zuschläge zum Punktwert der Euro-Gebührenordnung für besonders förderungswürdige Leistungen vereinbart werden.

Perspektiven für Hausärzte: klares Honorarplus

Für 2009 gilt, was auch schon 2008 galt: Die Leistungen der Hausärzte werden weiterhin stark auf Basis von Pauschalen honoriert. Und: Sie profitieren nun endlich von der Punktmengensteigerung. „Den Hausärzten steht derselbe Honoraranteil zur Verfügung wie bisher. Zusätzlich gibt es ein Honorarplus, insbesondere aufgrund des EBM-Effekts

und der Morbiditätsanpassung von 5,1 Prozent“, heißt es bei der KBV. Die starke Pauschalierung ist zugleich der einzige Punkt, den die Honorarexperten kritisch sehen: Sie könnte es einzelnen Hausärzten erschweren, ihr RLV auszufüllen.

Wichtig ist aber, dass RLV nicht die einzige Einnahmequelle für Hausärzte sind. Hinzu kommen von Fall zu Fall Qualitätszuschläge. Mit Blick auf den EBM 2008 war ursprünglich von KBV und Krankenkassen beschlossen worden, 13 Zuschläge einzuführen, darunter solche für Sonographie oder Langzeit-EKG. Sie sollten immer dann abgerechnet werden können, wenn ein Hausarzt bestimmte Geräte vorhält oder anwendet beziehungsweise über eine bestimmte Qualifikation verfügt.

Allerdings wurde nur der Zuschlag „Psychosomatik“ zum 1. Januar 2008 eingeführt. Die anderen zwölf sollten zum 1. Juli 2008 folgen. Daraus wurde nichts. Denn unter den Hausärzten gab es umgehend Diskussionen darüber, ob es richtig sei, dass allein die Vorhaltung den Zuschlag auslösen sollte. In der neuen Welt des EBM 2009 werden deshalb künftig anstatt der Zuschläge weitere Einzelleistungen gezahlt, sofern eine der 13 Leistungen erbracht wurde. Damit wird auch der Zuschlag „Psychosomatik“ wieder Einzelleistung.

Weiterhin wurde ein Beschluss für das Jahr 2008 rückgängig gemacht: Acht Leistungen der Entwicklungsdiagnostik und -therapie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kindern und Jugendlichen, die bisher in den hausärztlichen Versichertenpauschalen aufgingen, sind wieder eigenständige Gebührenordnungspositionen. Die hausärztlichen Versichertenpauschalen wurden im Gegenzug nicht abgewertet.

Perspektiven für Fachärzte: Nachbesserungen erzielt

Auch die Fachärzte werden insgesamt vom EBM-2008-Effekt und den neuen Steigerungsfaktoren profitieren. Das Problem, dass für manche Arztgruppen innovative Leistungen nicht in dem Umfang wie nötig in den Leistungskatalog aufgenommen und entsprechend honoriert werden, konnte mittlerweile entschärft werden.

Kürzlich hat der Gemeinsame Bundesausschuss vier Leistungen benannt, die ursprünglich zum 1. Januar in den Leistungskatalog aufgenommen werden sollten: Die Balneophototherapie, das PET-CT, das Neugeborenen-Hörscreening

und die Lipoprotein (a)-Apharese. Doch die Kassen verwiesen auf enge finanzielle Spielräume und sperrten sich gegen den bisherigen Konsens: diese Leistungen außerhalb der Gesamtvergütung zu bezahlen und sie erst zu integrieren, wenn die Mengenentwicklung abschätzbar ist. Hier hat die KBV die Zusage erhalten, dass diese Leistungen sowie die intravitreale Injektion ab April 2009 in den EBM aufgenommen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert werden. Bei mehreren Leistungskomplexen wurden zudem Nachbesserungen erzielt. So erhalten die ambulanten Operateure rund 30 Millionen Euro mehr an Honorar als vereinbart.

160 Millionen Euro mehr für Psychotherapie

Der Schiedsspruch im Erweiterten Bewertungsausschuss sieht darüber hinaus vor, dass im nächsten Jahr für Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie zusätzlich 160 Millionen Euro zur Verfügung stehen. Ausgangsbasis für diese Honorarsteigerung war die Vergütung im Bereich der KV Westfalen-Lippe, wo der Punktwert bislang am höchsten ist und sich auf 4,6 Cent beläuft. Dieser wurde dann um zwei Prozent erhöht; dies ergibt das gesamte Volumen von 160 Millionen Euro zusätzlich. Nun werden mithilfe eines Steigerungsfaktors alle Sitzungshonorare des Kapitels 35.2 an die Vergütung in Westfalen-Lippe angepasst.

Wichtig ist zudem, dass in Zukunft zeitbezogene Kapazitätsgrenzen anstelle der für die meisten Ärzte relevanten Regelleistungsvolumen gelten. Dies betrifft Psychologische Psychotherapeuten, ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Diese Zeitgrenzen gelten sowohl für genehmigungspflichtige wie für nicht-genehmigungspflichtige Leistungen. Sie erlauben es zukünftig, das Verhältnis dieser beiden Leistungsarten frei zu bestimmen. Das heißt auch, erläuterte Dieter Best vom Beratenden Fachausschuss Psychotherapie der KBV unlängst: „Probatorische Sitzungen oder psychotherapeutische Gespräche können wieder im angemessenen Umfang ohne Abstaffelung durchgeführt werden.“

Perspektiven für ärztliche Gemeinschaften

Wer kooperiert, wird mit den Regelleistungsvolumen gut zurechtkommen, prognostiziert die KBV. Für stark spezialisierte Praxen werden noch Lösungen gesucht.

Ärzten, die kooperieren, soll die neue Honorarreform ebenfalls nutzen. Was die Regelleistungsvolumen (RLV) anbelangt, gilt: Sie werden arztbezogen zugewiesen. Arbeiten mehrere Ärzte in einer Praxis, addieren sich deren RLV. Das heißt für Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ): Die vorteilhafte Regelung, dass im Rahmen einer fachübergreifenden Behandlung jeder Arzt aus einer der beteiligten Fachgruppen die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale in voller Höhe abrechnen darf, bleibt im Rahmen der RLV bestehen.

Zur Förderung fachgleicher Gemeinschaftspraxen hat der Bewertungsausschuss Mitte Oktober noch ergänzende Regelungen getroffen. Von Ärzten in fachgleichen Gemeinschaftspraxen können ab Januar 2009 Zuschläge in Höhe von zehn Prozent zur jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet werden. Auf die RLV in fachgleichen Gemeinschaftspraxen wird ebenfalls ein Aufschlag von zehn Prozent gewährt. „Wir hätten diese Kolleginnen und Kollegen sonst nur unnötig dazu getrieben, ihre Gemeinschaftspraxen in Praxisgemeinschaften umzuwandeln“, erläutert KBV-Vorstand Köhler.

Ein weiterer Vorteil der neuen RLV für Gemeinschaftspraxen und MVZ besteht darin, dass dort tätige Ärzte ihre RLV untereinander verrechnen können. Wenn also ein Arzt weniger Leistungen erbracht hat, als sein RLV gestattet, kann ein anderer Kollege mehr tun, ohne dass das Honorar abgestaffelt wird. Wenn die Leistungen der gesamten Praxis die RLV allerdings überschreiten, wird das Honorar abgestaffelt.

Im Rahmen der Honorarreform gibt es aber noch Sorgenkinder. Dazu zählt die KBV beispielsweise fallwertstarke Einzelpraxen mit unterdurchschnittlichen Fallzahlen, also Praxen von hochspe-

zialisierten Ärzten. In der neuen Welt der RLV können sie die Morbidität, die ihre Patienten aufweisen, unter Umständen nicht gut genug abbilden.

Hierzu zählen auch hausärztliche Schwerpunktpraxen. Zwar wurde die Sonderregelung verlängert, wonach diabetologische Schwerpunktpraxen den Chronikerzuschlag neben der Überweisungs-Versichertenpauschale abrechnen können. Und für die Versorgung von HIV/Aids-Patienten soll zum 1. April 2009 ein neuer Abschnitt in Kapitel 30 des EBM aufgenommen werden, der der Spezialisierung Rechnung trägt. Doch ähnliche Ergänzungen für onkologische und rheumatologische Schwerpunktpraxen prüft der Bewertungsausschuss noch.



Foto: Matthias Krüger/KBV

Eine Praxis, mehrere RLV: Kooperationen profitieren.

„Wichtig ist, dass betroffene Arztpraxen bei der Zuordnung der RLV nicht in ihrer Arztgruppe untergehen dürfen“, betont KBV-Dezernent Rochell. „Sie müssen mit einem ausreichend großen RLV bedacht werden.“ Zum einen können sie bei der zuständigen KV auf ihre Praxisbesonderheiten verweisen und im Einzelfall ein höheres

RLV beantragen. Allerdings sieht der Schiedsspruch vor, dass der Fallwert dann mindestens bei 130 Prozent des Fachgruppendurchschnitts liegen muss.

Zum anderen können Kassen und KVen regional möglichst homogene Arztgruppen bilden. Zwar führt der Schiedsspruch eine Liste von Arztgruppen auf. Doch an diese Vorgabe sind Kassen und KVen auf Landesebene nicht strikt gebunden. Sie könnten beispielsweise in Berlin eine Arztgruppe HIV-Schwerpunktpraxen bilden; schließlich werden in der Hauptstadt rund 20 Prozent aller HIV-/Aids-Patienten des Landes versorgt. So ließen sich die Leistungen der Praxen besser abbilden und vergleichen, als wenn die Schwerpunktpraxen einfach in die Gruppe der Hausärzte einbezogen würden. Beschlüsse dazu stehen allerdings noch aus.

Das Geld folgt verstärkt der Leistung

Künftig orientiert sich die Gesamtvergütung an der Zahl und der Behandlungsbedürftigkeit der Versicherten. Damit erfüllt sich eine alte Forderung der Ärzte.

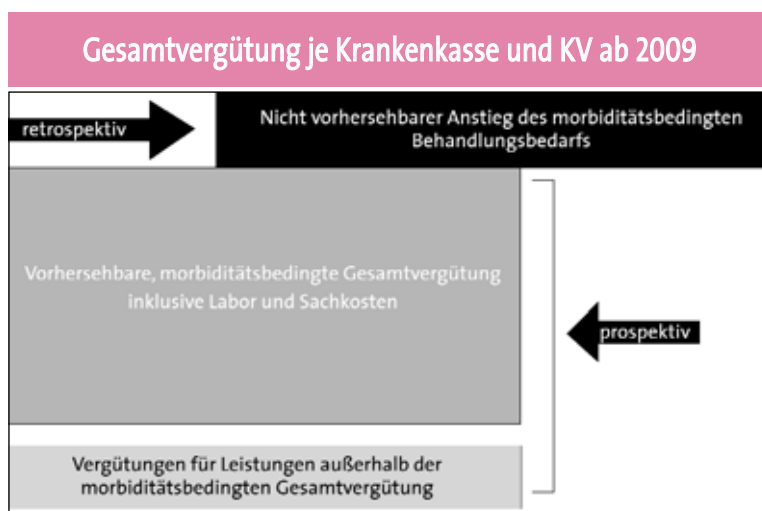
Noch sind vielfach diejenigen Ärzte die Dummen, die viele alte und schwer kranke Patientinnen und Patienten behandeln. Denn die Summe Geldes, die Jahr für Jahr zur Behandlung der gesetzlich Krankenversicherten zur Verfügung steht, orientiert sich bislang an der Entwicklung der beitragspflichtigen Einkommen. Dass dieser Maßstab jedoch ungeeignet ist, die zunehmende Morbidität und damit einhergehend die steigenden Kosten für die ärztliche Behandlung abzubilden, ist inzwischen auch in der Politik angekommen.

Der Gesetzgeber hat deshalb geregelt, dass künftig auch die Morbidität der Versicherten bei der Ermittlung der Gesamtvergütung berücksichtigt werden muss. Diese setzt sich dann auf der Ebene einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zusammen aus dem morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf, also der zu erwartenden Menge der abgerechneten Leistungen je Versicherten, einem regionalen Orientierungswert und der Zahl der Versicherten, wie die Experten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Ryll und Alexandra Bodemer, erläutern. Ändert sich das Krankheitsrisiko in der Bevölkerung und damit der erwartete Behandlungsbedarf, müssen die Krankenkassen ihre Gesamtvergütung entsprechend anpassen.

Für das Jahr 2009 wurde die Gesamtvergütung noch ganz wesentlich anhand der „historischen“ Leistungsentwicklung festgelegt. Die morbiditätsbedingte Steigerung der Leistungsmenge gegenüber dem Vorjahr um 5,1 Prozent war in erster Linie ein Verhandlungsergebnis. Lediglich bei der Berechnung der arztindividuellen Regelleistungsvolumina wurde das Alter der Patienten als Morbiditätskriterium gewichtet.

Im ersten Halbjahr 2009 müssen Ärzte und Krankenkassen nun aber die Instrumente entwickeln, mit deren Hilfe die Veränderungsrate der

Morbidität sauber berechnet werden kann. Der Gesetzgeber hat hier relativ detaillierte Vorgaben gemacht. Die Grundlage bilden diagnosebezogene Risikoklassen für diejenigen Versicherten, die einen vergleichbaren Behandlungsbedarf haben. Diese legt der Bewertungsausschuss fest, dem die KBV und die Krankenkassen angehören. „Noch stehen wir mit der Entwicklung des Patientenklassifikationssystems relativ am Anfang“, räumt KBV-Honorardezernent Dr. med. Bernhard Rochell ein. Doch der Gesetzgeber hat einen strengen Zeitplan vorgegeben: Bis zum 30. Juni 2009



muss das Verfahren zur Messung der Morbidität in trockenen Tüchern sein, damit die Gesamtvergütung für das Jahr 2010 entsprechend berechnet werden kann.

Die bundesweite Vereinheitlichung der Preise für die ärztlichen Leistungen schafft die Voraussetzung dafür, dass mithilfe eines solchen Patientenklassifikationssystems von 2010 an auch der Behandlungsbedarf der Versicherten einheitlich gemessen werden kann. Weil eine Leistung dann mit der gleichen Punktzahl bewertet wird, ganz gleich, wo und von welcher Arztgruppe sie erbracht wird, kann man ermitteln, wie viele Leistungen dem Durchschnittsversicherten je KV-Bezirk zur Verfügung stehen. Geklärt werden muss allerdings bis dahin noch, wie weit die Vereinheitlichung gehen soll.

„Wird man bei den Berechnungen davon ausgehen, dass der Behandlungsbedarf der Versicherten zu 100 Prozent gleich ist – unabhängig davon, ob sie in Bayern oder Mecklenburg-Vorpommern leben? Oder wird man lediglich den Behandlungsbedarf je Versicherten einheitlich weiterentwickeln?“, fragt Honorarexperte Rochell. Zumindest sei nicht auszuschließen, dass es je nach dem Ansatz dabei auch zu Umverteilungen zwischen den KVen kommen könne.

Auf dem Prüfstand: die Patientenklassifikation

Für die gesetzliche Krankenversicherung ist die Messung der Morbidität und ihrer Veränderungsrate anhand eines Patientenklassifikationssystems ein Novum. Nach Angaben der KBV-Mitarbeiter Ryll und Bodemer prüft das Institut des Bewertungsausschusses derzeit anhand der Daten aus vier KVen die Tauglichkeit eines Verfahrens aus den USA. Es erlaubt, Versicherte anhand ihrer Diagnosen, ihres Alters und Geschlechts in Gruppen einzuordnen. Ein solcher „Grouper“ soll vor allem zwei Ansprüchen genügen: Er soll den Versorgungsbedarf realistisch abbilden und möglichst homogene Krankheitsgruppen schaffen, um den individuellen Behandlungsbedarf darstellen zu können.

Der Gruppierungsprozess umfasst dabei mehrere Schritte. Zunächst wird jede der rund 12 000 ICD-10-Diagnosen einer Diagnosegruppe zugeordnet. Diese Diagnosegruppen umfassen jeweils ein ähnliches Leistungsspektrum und werden deshalb bestimmten Kostengruppen zugeteilt. Das Klassifikationssystem, das das Institut des Bewertungsausschusses zurzeit testet, definiert knapp 200 solcher Krankheitskostenkategorien.

Daneben wird auch das individuelle Krankheitsrisiko der Versicherten ermittelt, das dem erwarteten Leistungsbedarf entspricht. Dieser ergibt sich aus einem Betrag, der für Alter und Geschlecht der Versicherten angesetzt wird, sowie den Zuschlägen für bestimmte Erkrankungen. Über die Leistungen und Diagnosen, die in das Patientenklassifikationssystem einbezogen werden sollen, sowie über die Zahl und Höhe der Zuschläge muss der Bewertungsausschuss noch entscheiden.

Voraussetzung dafür, dass die Gesamtvergütung von 2010 an morbiditätsgerecht weiterentwickelt werden kann, ist aber auch, dass der Risikostrukturausgleich (RSA) zwischen den Krankenkassen morbiditätsorientiert erfolgt. Nur so können Wettbewerbsverzerrungen zulasten von Kassen mit vielen schwer und chronisch kranken Versicherten verhindert werden. Der so genannte Morbi-RSA soll von 2009 an wirksam werden.

Morbiditätsorientierung im neuen EBM bedeutet aber nicht, dass nur die allgemeine Krankheitsentwicklung in die Betrachtung einfließt. Vielmehr sollen künftig auch solche Leistungen nach den festen Sätzen der Euro-Gebührenordnung vergütet werden, deren Zunahme nicht vorhersehbar war, beispielsweise im Zusammenhang mit Epidemien, (Natur-)Katastrophen oder einem überproportionalen Anstieg bestimmter Infektionskrankheiten. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat hier gegen den Antrag der Ärzterevertreter sehr strenge Maßstäbe gesetzt. „Wir halten diesen Beschluss für fachlich fragwürdig, weil er die Grenzen für einen unvorhersehbaren Anstieg der Morbidität viel zu eng steckt“, betont KBV-Dezernent Rochell. So greife die Beschränkung auf Infektionskrankheiten zu kurz: „Wenn wir beispielsweise im Winter mehrmals hintereinander Blitzeis bekommen und die gestürzten Opfer reihenweise die Ärzte aufsuchen, fällt das nicht unter die Ausnahmeregelung.“ Die Versorgungsrealität werde dadurch nur ungenügend abgebildet. Verhalten optimistisch stimmt Rochell die Tatsache, dass der aktuelle Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses die Verhandlungspartner bei der Weiterentwicklung des Verfahrens nicht bindet.

Der KBV-Vorsitzende, Dr. med. Andreas Köhler, sieht darüber hinaus in der starken Pauschalierung des neuen EBM eine Gefahr für die morbiditätsorientierte Weiterentwicklung der Gesamtvergütung. „Je höher der Pauschalierungsgrad des neuen EBM ist, desto schwieriger wird es, Transparenz über die Menge der erbrachten Leistungen herzustellen. Diese brauchen wir aber dringend, um die notwendigen Daten für die Bestimmung der Morbidität zu erheben.“ Dieser Diskussion müssten sich die Ärzte als nächstes stellen.

Ein Blick nach vorn

Pauschalen-EBM, Euro-Gebührenordnung, Morbiditätsorientierung – wichtige Etappenziele sind erreicht. Vollständig umgesetzt ist die Honorarreform erst 2012.

„Es ist uns in der Selbstverwaltung gelungen, ein Fundament zu bauen für eine Vergütung in Euro und Cent. Diese Gebührenordnung sorgt dafür, dass die ärztliche Leistung in Zukunft angemessen und leistungsgerecht vergütet wird.“ Dr. med. Carl-Heinz Müller, Vorstand der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), zeigt sich mit den Ergebnissen der jüngsten Honorarreform zufrieden. Doch was mit dem Pauschalen-EBM 2008 begann, ist mit der Einführung der Euro-Gebührenordnung am 1. Januar 2009 nicht abgeschlossen. Von 2010 an soll sich das ärztliche Honorar endgültig am Behandlungsbedarf der Versicherten orientieren. Um die Veränderungsrate der Morbidität messen zu können, muss sich der Bewertungsausschuss, dem KBV und Krankenkassen angehören, bis zum 31. August 2009 für ein Patientenklassifikationssystem entscheiden. „Dazu müssen wir im ersten Halbjahr geeignete Kriterien und Methoden entwickeln“, sagt KBV-Honorardezernent Dr. med. Bernhard Rochell. Nach Angaben der KBV prüft das Institut des Bewertungsausschusses derzeit anhand der Daten aus vier Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Tauglichkeit eines Verfahrens, das die Vertragspartner aus den USA importiert haben.

Das Gremium muss außerdem bis zum 31. August jedes Jahres den bundeseinheitlichen Orientierungswert anpassen. Bei den Berechnungen sollen erstmals auch Kosten- und Investitionsstrukturen berücksichtigt werden. Auch die Ausgaben für den medizinischen Fortschritt sowie Verlagerungen aus dem stationären in den ambulanten Sektor sollen sich künftig in den Honoraren der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte niederschlagen. „Es war eine langjährige Forderung der Ärzteschaft, dass sich die Höhe des Orientierungswertes der tatsächlichen Kostenentwicklung anpasst und der Honorarzuwachs nicht länger durch den Anstieg der Grundlohnsomme begrenzt ist“, lautet das Fazit des Honorarexperten Rochell.

Auch die Pauschalierung, die mit der Einführung des EBM 2008 begann, schreitet weiter fort. Bis zum 31. Oktober 2010 muss der Bewertungsausschuss nach dem Willen des Gesetzgebers arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen vereinbaren. Damit soll die Behandlung von Patienten vergütet werden, die einen erheblichen Leistungsaufwand erfordern und überproportionale Kosten verursachen. Allerdings stößt dieser Trend nicht auf ungeteilte Zustimmung. Insbesondere der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Andreas Köhler gibt sich skeptisch: „Je stärker die Leistungen einer Arztgruppe pauschaliert sind, desto größer ist die Gefahr, dass diese Ärzte die Leistungen, die sie tatsächlich erbringen, gar nicht mehr richtig doku-



Für Arztpraxen soll in Zukunft gelten: Werden mehr Patienten krank, muss es auch mehr Geld geben.

mentieren können.“ Das ist nach Ansicht von Köhler nicht nur unter Qualitätsgesichtspunkten bedenklich. Eine zu starke Pauschalierung verhindere möglicherweise, dass sich ein Anstieg der Morbidität sauber belegen lasse. „Wir wollen keine ‚Komplettpauschale‘“, betont der KBV-Vorsitzende. „Wir wollen die Einzelleistung wieder in den Vordergrund rücken.“

EBM- Ansprechpartner

	ASP	Telefon	Email
Baden-Württemberg			
	zentrale E-Mail-Adresse		abrechnungsberatung@kvbawue.de
	Abrechnungsberatung Stuttgart	0711 7875 3397	
	Abrechnungsberatung Reutlingen	07121 917 2397	
	Abrechnungsberatung Karlsruhe	0721 5961 1397	
	Abrechnungsberatung Freiburg	0761 884 4397	
Bayern	Service-Telefon Abrechnung	01805 90929010	abrechnungsberatung@kvb.de
		01805 90929011 (Fax)	
Berlin	Service-Center	030 310 03 999	service-center@kvberlin.de
Brandenburg		01801 5822 433	ebmhotline@kvbb.de
Bremen	Angelika Maiworm	0421 3404 190	a.maiworm@kvhb.de
	Peter Czyron	0421 3404 193	p.czyron@kvhb.de
Hamburg	Infocenter	040 22 802 900	infocenter@kvhh.de
Hessen	Infocenter	069 79 502 602	
Mecklenburg-Vorpommern	Maren Gläser	0385 7431 300	Mglaeser@kvmv.de
	Kirstin Garber	0385 7431 298	Kgarber@kvmv.de
Niedersachsen			
Aurich	Friedhelm van Raden	04941 600 81 20	friedhelm.van-raden@kvn.de
Braunschweig	Udo Gerstung	0531 241 44 54	udo.gerstung@kvn.de
	Reinhard Stork	0531 241 44 53	reinhard.stork@kvn.de
Göttingen	Götz Handschuck	0551 70 70 91 85	goetz.handschuck@kvn.de
Hannover	Claudia Abmeyer	0511 380 43 71	claudia.abmeyer@kvn.de
	Michael Carganico	0511 380 43 31	michael.carganico@kvn.de
Hildesheim	Ursula Flohr	05121 160 11 17	ursula.flohr@kvn.de
Lüneburg	Hermann Kennemann	04131 67 62 18	hermann.kennemann@kvn.de
Oldenburg	Dieter Krott	0441 21 00 61 32	dieter.krott@kvn.de
Osnabrück	Andreas Grewe	0541 949 81 38	andreas.grewe@kvn.de
Stade	Dieter Bäurle	04141 40 00 02 00	dieter.baerle@kvn.de
Verden	Christoph Held	04231 97 51 30	christoph.held@kvn.de
	Martin Petersen	04231 97 51 41	martin.petersen@kvn.de
Wilhelmshaven	Peter Fuchs	04421 938 61 37	peter.fuchs@kvn.de
Nordrhein			
Hauptstelle	Dr. Patricia Shadiakhy	0211 5970 8070	Patricia.Shadiakhy@kvno.de
Köln	Serviceteam	0221 7763 6666	service.koeln@kvno.de
	Marion Flucht	0221 7763 6301	marion.flucht@kvno
	Karin Kempken	0221 7763 6311	karin.kempken@kvno.de
Düsseldorf	Serviceteam	0211 5970 8888	service.duesseldorf@kvno.de
	Marie-Luise Grocholewski	0211 5970 8700	marie-luise.grocholewski@kvno.de
	Brigitte Erlemann	0211 5970 8830	brigitte.erlemann@kvno.de
Rheinland-Pfalz			
Süd	Benedikt Betsch	06321 893 132	benedikt.betsch@kv-rlp.de
	Walter Usinger	06321 893 131	walter.usinger@kv-rlp.de
	Ruth Venus	06321 893 231	ruth.venus@kv-rlp.de
Nord	Friedrich Lihsek	0261 39002 350	friedrich.lihsek@kv-rlp.de
Saarland	EBM-Hotline	0681 4003 456	
Sachsen			
Leipzig	Frau Dr. Beck	0341 2432 135	
	Frau Hase	0341 2432 148	
Chemnitz	Frau Flath	0371 2789 235	
Dresden	Frau Gnauck	0351 8828 400	
	Herr Hofmann	0351 8828 401	
Sachsen-Anhalt	Brigitte Zunke	0391 627 6108, -7102 0391 627 7108, -7109	brigitte.zunke@kvsa.de
	Andreas Welz	0391 627 6101	andreas.welz@kvsa.de
Schleswig-Holstein	Service-Center	04551 883 883	service@kvsh.de
Thüringen	Stephan Turk	03643 559 400	abrechnung@kvt.de
	Steffen Göhring	03643 559 470	abrechnung@kvt.de
Westfalen-Lippe			
Dortmund	Service-Center	0231 9432 3000	service-centerdo@kwvl.de
Münster	Service-Center	0251 929 1000	service-centerms@kwvl.de
Geschäftsbereich	Abrechnung	0251 929 1061, -1062 0251 929 1063	abrechnung.ms@kwvl.de

Impressum

Herausgeber Kassenärztliche Bundesvereinigung
Redaktion Heike Korzilius, Sabine Rieser

Layout Jennifer Hübel

Verlag Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln

Druck L.N. Schaffrath DruckMedien, Geldern