

Die Honorarreform – zum Wohl der Versicherten und Ärzte?

Der Gesundheitsfonds, ein zentrales Element der Gesundheitsreform – kommt er oder kommt er nicht? In den Medien diskutieren Politiker, Vertreter der Wirtschaft und der Krankenkassen landauf, landab über die Gesundheitsreform. Im Vordergrund steht dabei immer wieder der Gesundheitsfonds. Was bei dieser Diskussion oft nicht berücksichtigt wird, ist die Situation der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten, denn durch die Gesundheitsreform ändert sich die Systematik der Vertragsärztlichen Vergütung grundlegend. Im Folgenden werden die einzelnen Elemente der Honorarreform ausführlich beschrieben und die Zusammenhänge sowie deren Auswirkungen dargestellt.

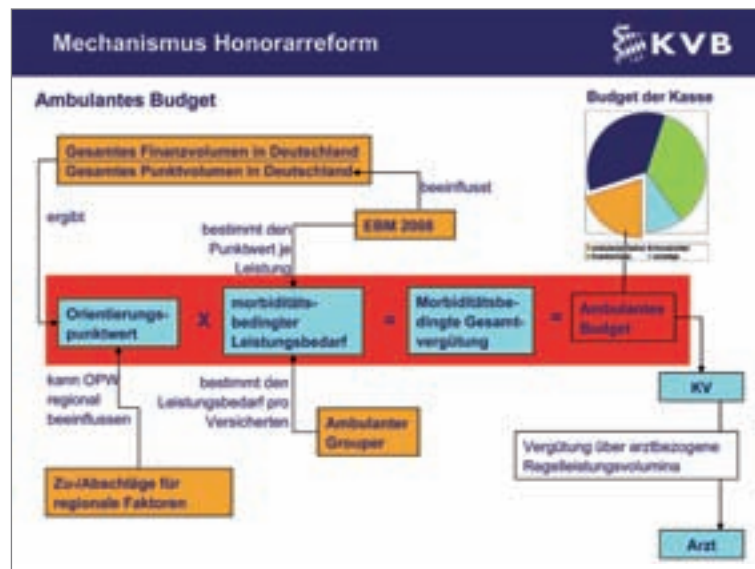
Die bisherige Vergütung, die auf der Kopfpauschalensystematik basiert, wird in den Jahren bis 2010 schrittweise umgebaut. Der Gesetzgeber verfolgt im Wesentlichen drei Ziele, die mit der Honorarreform verwirklicht werden sollen.

1. Die Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro.
2. Eine Vereinheitlichung der Höhe der Vergütung ambulanter Leistungen in allen Bundesländern.
3. Die Verlagerung des Morbiditätsrisikos von den Ärzten zu den Krankenkassen.

Um diese Ziele in der Honorarreform zu verwirklichen, hat der Gesetzgeber eine schrittweise Einführung

- a) des neuen EBM 2008 (seit 1. Januar 2008 in Kraft),
- b) eines bundeseinheitlichen Orientierungspunktwerts (ab 2009),
- c) sowie eines morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs (ab 2009)
- d) und einer Änderung der Berechnung des morbiditätsbedingten Leistungsbedarfs durch den so genannten „ambulanten Grupper“ (ab 2010)

beschlossen.



Komplexes Gebilde: Die Elemente der Honorarreform.

Der EBM 2008 dient als Zwischenschritt auf dem Weg zum Euro-EBM. Im Oktober 2007 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss entsprechend den gesetzlichen Vorgaben eine neue Gebührenordnung beschlossen, die eine stärkere Pauschalierung der ärztlichen Leistungen vorsieht. Der EBM 2008 ist seit 1. Januar 2008 in Kraft. Die Bewertung der Leistungen erfolgt nach wie vor in Punkten und nicht in festen Eurowerten.

Der bundeseinheitliche Orientierungspunktwert setzt den regionalen Punktwerten ab 2009 enge Grenzen. Die aktuell sehr unterschiedlichen regionalen Punktwerte sollen bundesweit angeglichen werden. Um den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert zu ermitteln, wird das gesamte ambulante Finanzvolumen in Deutschland durch das gesamte ambulante Punktzahlvolumen in Deutschland dividiert. Dieses Verfahren hört sich einfach an, ist aber hochkomplex. Bisher wurden in 17 Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) unterschiedliche Gesamtverträge geschlossen, die verschiedene Besonderheiten aufweisen. Diese differenzierte KV-Landschaft mit ihren jeweiligen Besonderheiten nicht nur auf einen gemeinsamen Nenner, sondern auch auf einen gemeinsamen Zähler zu bringen, gestaltet die Berechnung

äußerst schwierig. Das Ergebnis davon liefert letztendlich den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert. Der regionale Punktwert, mit dem die einzelnen KVen letztendlich abrechnen, weicht durch zentral festgelegte, regionale Zu- oder Abschläge vom bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert ab (vgl. SGB V § 87).

Die bestehende Vergütung in Bayern kann deshalb nicht aufrechterhalten werden. Das Geld aus dem bayerischen Vergütungsniveau geht dem ambulanten Sektor nicht verloren, sondern es fließt in erster Linie in die KV-Bezirke der neuen Bundesländer und sorgt so für die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) gewünschte Nivellierung der Preise in Deutschland. Dieses Verfahren kann die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) nicht verhindern, da diese Nivellierung von der überwiegenden Mehrheit der KVen getragen wird. Dazu muss man wissen, dass jede KV unabhängig ihrer Größe eine Stimme im KV-System hat und die Nivellierung der Preise zu Lasten zweier KVen geht. Die übrigen fünfzehn KVen würden von dieser Honoraranpassung profitieren. Dr. Andreas Köhler, KBV-Vorstandsvorsitzender, hat die Honorarreform treffend als Zerreißprobe für das KV-System bezeichnet: „Sie stellt

das KV-System auf die Probe. Der Geldtransfer wird von Bayern und Baden-Württemberg in die neuen Bundesländer gehen", so Köhler in der *Ärztezeitung* vom 12. Juni 2007.

Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung einer KV ergibt sich aus der Multiplikation des regionalen Punktwerts (Preis) mit dem morbiditätsbedingten Leistungsvolumen (Menge). Um für 2009 das morbiditätsbedingte Leistungsvolumen zu ermitteln, wird noch keine generelle „Morbiditätserfassung“ durchgeführt, da die technische Umsetzung zu diesem Zeitpunkt nicht gewährleistet werden kann. Der Bewertungsausschuss hat ein Verfahren zur Festlegung dieser Kriterien bis Juni 2009 zu entwickeln. Aus diesem Grund gibt es für 2009 eine Übergangsregelung. Für die Berechnung der Leistungsmenge 2009 wird die Leistungsmenge aus den vier Quartalen 2007 auf Basis des EBM 2008 hochgerechnet und mit einer geschätzten bundesweiten Veränderungsrate der Morbidität multipliziert.

In 2010 ersetzt der morbiditätsbedingte Leistungsbedarf im ambulanten Bereich die regional unterschiedliche Leistungsmenge. Der Leistungsbedarf in jeder KV-Region ist abhängig von der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten. Zukünftig wird die Leistungsmenge (in EBM-Punkten), die für einen Versicherten in einem KV-Gebiet zur Verfügung gestellt wird, abhängig von Alter, Geschlecht und Morbidität (Grundlage sind die vertragsärztlichen Behandlungsdiagnosen und das Leistungsvolumen) durch eine bundeseinheitliche Bewertungsmatrix vorgegeben. Dabei werden diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf gebildet. Die Kalkulation erfolgt über eine Software, den ambulanten Grouper (vgl. SGB V § 87a). Der ambulante Grouper steht in keinerlei Verbindung zum Morbi-RSA-Grouper. Der morbiditätsbedingte Leistungsbedarf wird prospektiv berechnet, das heißt auf Basis der Daten aus dem vorhergehenden Jahr. Für den Fall, dass es zu einer unvorhergesehenen morbiditätsbedingten Leistungsausweitung kommt, wie zum Beispiel ein Ausbruch der Vogelgrippe, sind die Krankenkassen verpflichtet, diese morbiditätsbedingte Leistungsausweitung zusätzlich zu vergüten.

Die genannten Verfahren berechnen die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, sorgen aber noch nicht für eine Gebührenordnung mit festen Preisen. Erst durch ein arzt- und praxisbezogenes Regelleistungsvolumen bekommt der einzelne Arzt die Kalkulationssicherheit, bis zu welchem Punktevolumen seine Leistungen mit dem regionalen Punktwert vergütet werden. Bei Überschreitung dieses Regelleistungsvolumens erfolgt die Vergütung der zusätzlichen Leistungsmenge mit abgestaffelten Preisen (§ 87b SGB V).

Abschließend bleibt die Erkenntnis, dass sich die dargestellten Maßnahmen an den bereits genannten Zielen orientieren.

1. Schaffung einer Gebührenordnung mit festen Preisen in Euro.
2. Preisnivellierung über ganz Deutschland.
3. Verlagerung des Morbiditätsrisiko von den Ärzten zu den Krankenkassen.

Inwieweit die einzelnen Ziele letztendlich erreicht werden, wird die Zukunft zeigen. Zu hoffen ist, dass die Honorarreform für den Großteil der Ärzte in Deutschland zu einer Honorarsteigerung führen wird. Allerdings muss man die Frage stellen, wie solidarisch ein System ist, das – sollte kein zusätzliches Geld für die ambulante Versorgung zur Verfügung gestellt werden – für zwei KVen außerordentlich negativ ist. Die Folgen, die sich daraus für die Versicherten und Ärzte in den betroffenen Regionen ergeben werden, wurden dabei sicherlich nicht bedacht.

Denn erst wenn die Versicherten in Bayern und Baden-Württemberg nicht mehr wie gewohnt versorgt werden können, werden sich Öffentlichkeit und Politik ernsthaft mit dieser Thematik auseinandersetzen. Die Diskussion um den Gesundheitsfonds wird spätestens dann überlagert werden von der Kernfrage in der Gesundheitsreform: Wie sollen die Menschen in Zukunft versorgt werden?

Tobias Krug (KVB)

Anzeige



Prof. Dr. Niels Korte
Marian Lamprecht

KORTE
RECHTSANWÄLTE

**Absage durch
Hochschule oder ZVS?
– Klagen Sie einen Studienplatz ein!**

Wir haben seit 1998 zahlreiche Mandate im Bereich Hochschulrecht erfolgreich betreut. Unsere Kanzlei liegt direkt an der Humboldt-Universität.
Prof. Dr. Niels Korte lehrt selbst an einer Berliner Hochschule.

Entfernung spielt keine Rolle – wir werden bundesweit für Sie tätig.

Zur Terminvereinbarung in München: 089 – 25 55 72 52
oder 24 Stunden kostenfrei: 0800-226 79 226
www.studienplatzklagen.com

Unter den Linden 12
10117 Berlin-Mitte

www.anwalt.info
kanzlei@anwalt.info