

# Verbesserung für Belegärzte erreicht

Seit 1. April 2007 gelten die neuen Abrechnungsbestimmungen des Kapitels 36 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) für Belegärzte. Über die Hintergründe zu dieser Änderung, den aktuellen Stand der Vertragsverhandlungen sowie Hinweise zur korrekten Abrechnung der Leistungen informierte die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) Ende April und Anfang Mai in zwei Veranstaltungen in München und Nürnberg.

Über 200 interessierte KVB-Mitglieder nahmen allein an der Veranstaltung für Belegärzte in München teil. Für Dr. Andreas Hellmann, regionaler Vorstandsbeauftragter des Bezirks Schwaben der KVB und selbst Belegarzt, keine Überraschung. Ist die Gruppe der niedergelassenen Ärzte mit eigenen Klinikbetten laut Hellmann doch eine der größten Arztgruppen in Bayern. In seinem Vortrag konnte er einige beeindruckende Zahlen präsentieren: Über 1800 Belegärzte rechnen in Bayern pro Quartal ein Honorarvolumen von über 27 Millionen Euro ab. Der größte Anteil dieses Honorars entfällt auf die Frauenärzte mit 27 Prozent und die Orthopäden mit 20 Prozent.

Hellmann rief noch einmal in Erinnerung, warum die Änderung der Abrechnung der belegärztlichen Leistungen notwendig war. So war im alten Kapitel 31 des EBM die Vergütung zu schlecht und die Besonderheiten der belegärztlichen Tätigkeit wurden zu wenig berücksichtigt. Dazu kam, dass die Gestaltung des EBM 2000 plus gerade für die Belegärzte fehlerhaft war und einige wichtige Gesichtspunkte unberücksichtigt blieben. „Die Einführung des EBM 2000 plus brachte deshalb den eigentlich zu erwartenden Schock“, so Hellmann. „Ärzte, die ihren Fokus nicht vollkommen auf die belegärztliche Tätigkeit gelegt haben, haben auf Grund der massiven Honorareinbrüche jegliche Motivation verloren, weiterhin auch in der Klinik tätig zu sein.“

Die Ankündigung der Bundesregierung im Koalitionsvertrag klang deshalb für viele Belegärzte verheißungsvoll: Die belegärztlichen Leistungen sollten in das System der stationären Vergütungsregelungen, den Diagnosis related groups (DRG), verlagert werden. Hellmann machte in seiner Präsentation allerdings die Nachteile dieses Vorhabens deutlich: Selbst wenn in den DRG manche Leistungen besser vergütet würden als im EBM, so seien die beiden Systeme



Gut gefüllt mit rund 200 Belegärzten war der große Saal der KVB in München.

nicht direkt vergleichbar. Schließlich seien in den DRG nicht nur die ärztliche Leistung, sondern auch sämtliche damit verbundenen Komplikationen enthalten. Darüber hinaus würde ein Arzt mit dem Wechsel ins DRG-System freier Vertragspartner und gerate in die Abhängigkeit von den Krankenträgern.

Die negativen Konsequenzen der Verlagerung ins DRG-System führten schließlich dazu, dass sich die Belegarztverbände in einem von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) organisierten Workshop für den Erhalt des Belegarztsystems im Kollektivvertrag aussprachen. Gemeinsam mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen wurde eine Bundesempfehlung erarbeitet, nach der die Honorarsituation der Belegärzte verbessert und die belegärztlichen Leistungen mit festen Punktwerten vergütet werden sollen. Es wurde vereinbart, dass dadurch ein bundesweiter Mehrbedarf von 74 Millionen Euro finanziert werden müsse.

Wie diese Bundesempfehlung konkret in Bayern umgesetzt wird, war Inhalt des Vortrags von Dr. Christian Thieme, Leiter der Stabsstelle Vertragspolitik und Strategie der KVB. Er berichtete, dass auch die AOK Bayern das Belegarztsystem in seiner jetzigen Form erhalten wolle. Der AOK Bayern ist laut Thieme bewusst, dass dies nur möglich ist, wenn die belegärztliche Vergütung aufgebessert werde. Wichtig sei dabei allerdings, dass nur solche Praxen finanziell gefördert werden, die weiterhin in vollem Umfang für die vertragsärztliche Tätigkeit zur Verfügung stehen. Genauer zur Höhe der Punktwerte und den weiteren Details konnte Thieme zum Zeitpunkt der Veranstaltung auf Grund der laufenden Vertragsverhandlungen mit der

AOK noch nicht sagen. Auch in Bezug auf die Vertragsverhandlungen mit den Ersatzkassen war noch keine konkrete Aussage möglich. Thieme war allerdings zuversichtlich, ein gutes Verhandlungsergebnis erzielen zu können. Mit den übrigen Krankenkassen befand er sich Ende April in ersten Sondierungsgesprächen.

Zum Abschluss seines Vortrages wagte der Vertragsexperte der KVB noch eine Prognose bezüglich der Auswirkungen des Gesundheitsfonds und des künftigen morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleichs. Anhand einer Berechnung der Barmer Ersatzkasse warnte er vor großen Honorarverlusten für Bayern. Thieme appellierte an die Anwesenden, gemeinsam dafür zu kämpfen, dass dieses Szenario nicht Wirklichkeit werden wird.

Praktische Tipps zur belegärztlichen Abrechnung und den Neuerungen des Kapitels 36 im EBM präsentierte schließlich Claudia Schweizer, Präsenzberaterin mit Schwerpunkt Abrechnung aus München. Die zahlreichen Nachfragen aus dem Publikum zeigten, dass sie damit wohl den Nerv der Anwesenden getroffen hatte. Bereits während ihrer Darstellung entsponnen sich unter den Teilnehmern Diskussionen über die Sinnhaftigkeit einzelner EBM-Regelungen. Claudia Schweizer und ihre Kollegen aus der Präsenzberatung stehen selbstverständlich auch für Einzelgespräche und als Referenten für Qualitätszirkel, Ärztstammtische oder ähnliche Veranstaltungen zur Verfügung. Die Kontaktdaten sind auf der Internetseite der KVB, [www.kvb.de](http://www.kvb.de), unter der Rubrik „Service“ zu finden.

Verena Stich (KVB)