

Aachen/Nürnberg, den 14.06.2007

Rundmail

Sehr geehrte Frau Kollegin,
sehr geehrter Herr Kollege,

die von der Gesundheitspolitik vorgegebenen Rahmenbedingungen lassen erwarten, dass es 2008 einen **neuen EBM** gibt. Wenn dieser nicht seitens der Selbstverwaltung auf den Tisch gelegt wird, will das BMGS einschreiten, bzw. selbst einen EBM im Wege der Ersatzvornahme installieren.

Die beteiligten Gremien arbeiten deshalb auf Hochtouren. Für die KBV ist es letztlich eine Existenzfrage. Wesentliche Entscheidungen, die bisher im Rahmen der Selbstverwaltung getroffen wurden, werden ohnehin früher oder später von (halb)staatlichen Organen übernommen werden. Hierzu ist ja jetzt entsprechend dem gesetzlichen Auftrag soeben ein neues Institut, welches am Bewertungsausschuss angedockt ist, gegründet worden. Dort wird jedoch aller Voraussicht nach nichts Eigenes entwickelt, sondern auf Vorhandenes zurückgegriffen. Deshalb ist die jetzige Phase der Weiterentwicklung des EBM sehr wichtig, zumal es Bestrebungen gibt, die GOÄ dem GKV-System anzupassen.

Sobald der in Euro bewertete EBM ab 2009 umgesetzt ist, besteht, so die Auffassung vieler Entscheidungsträger, kein Bedarf mehr für eine GOÄ.

Soweit diese jetzt schon feststehen, hier einige Vorabinformationen: Selbstverständlich werden wir Sie jeweils auf dem aktuellen Stand der Entwicklung halten.

Die **Grundstrukturen des EBM** bleiben für Fachärzte so wie sie sind. Dieser EBM wird im Jahr 2008 noch auf Punktwertbasis mit sogen. Orientierungspunktwerten laufen. 2009 soll dann der **€EBM** auf dieser Basis in Kraft gesetzt werden. Auch wenn hier ein Teil des Morbiditätsrisikos an die Krankenkassen zurückfällt, ist eine vollwertige Nachfinanzierung durch die Krankenkassen bzw. die Politik nicht zu erwarten. Es steht zwar immer noch die 5,11 ct als Berechnungsbasis, wobei u. a. ein Inflationsausgleich seit Kalkulation und die MwSt.- Erhöhung noch nicht berücksichtigt sind, jedoch wird die Politik eine Nachfinanzierung über Beitragssatzsteigerungen der KK nur begrenzt zulassen. Dennoch ist ein allmähliches Aufweichen der Budgetierung in Sicht.

Leistungsmengen begrenzende Steuerungen wird es zunächst einmal weiterhin geben. Für die nach **§115b SGB V** definierten Leistungen, für die lt. Bundesschiedsamtentscheidung keine Budgets gelten dürfen, gibt es weiterhin keinen bundesweit gültigen Gerichtsentscheid. Die Entscheidung des Bundesschiedsamtes muss bekanntlich vor Ort im Rahmen der Gesamtverträge zwischen KVen und KK umgesetzt werden. Geradezu sensationell ist daher die

Entscheidung des Landesschiedsamtes Hessen, welches unter unbudgetierten Bedingungen einen Punktwert von 5,11ct festgelegt hat. Mit Sicherheit werden die KK dagegen angehen. Dennoch ein wichtiges Signal. Auch die Bundesempfehlung zum belegärztlichen Honorar wird nicht flächendeckend akzeptiert.

Im Bereich der **Schmerztherapie** ist eine Verbesserung für die schmerztherapeutischen Schwerpunktpraxen zu erwarten. Die Palliativmedizin wird wohl im EBM 2008 noch nicht abgebildet sein und soll über Sonderverträge geregelt werden.

Die Folgeänderungen zum neuen Vertragsarztrecht in den **Bundesmantelverträgen** sind fertig. Auf der Web - Seite der KBV (www.kbv.de) finden Sie die Vertragstexte und auch die Richtlinie für die KV übergreifende Tätigkeit. Wer vorhat, sich über die neuen Kooperationsformen zu informieren, dem sei der „Kooperationskompass“ der KBV empfohlen. Zur Bestellung können Sie dort ein Fax-Bestellformular herunterladen.

Die Probleme mit der **Ziffer 05310** bestehen weiter, wobei der neuen Kölner Kommentar klarstellt, dass diese auch berechnet werden darf, wenn ein Eingriff des Kapitels 31.2 geplant ist, der Eingriff jedoch aus irgend einem Grund nicht durchgeführt wird.

Bei der Diskussion um die sogen. **Zahnarztanarkose** ist immer noch keine Ruhe eingeekehrt. Der von uns herausgebrachte Vordruck über die Notwendigkeit einer Vollnarkose wird recht gut angenommen und sollte konsequent eingesetzt werden, auch wenn die KZBV und die MKG-Chirurgen dagegen sind.

Es gibt inzwischen mehrere Mitteilungen von Kolleginnen und Kollegen, dass GOÄ-Liquidationen, die im Rahmen von Weisheitszahnextraktionen für Vollnarkosen erstellt wurden, seitens einiger Krankenkassen im Wege der Kostenerstattung (§ 13 SGB V) ganz oder teilweise an die Patienten, bzw. Eltern des Patienten erstattet wurden. Dies wäre auf lange Sicht der beste Weg.

Derzeit hetzt der SPD-Abgeordnete Lauterbach mit unLauteren Methoden wieder massiv gegen die freiberuflichen Fachärzte. Für die Diskussion hierzu empfehle ich Ihnen die **IGES-Studie** (im geschlossenen Bereich von www.bda.de) zur fachärztlichen Versorgung.

Mit freundlichen, kollegialen Grüßen

Elmar Mertens