

EBM und RLV ab dem 01. April 2005

(Die Entscheidungsgremien werden im Anhang noch mal erläutert)

Der Länderausschuss der KBV hat am 26.10.2004 getagt und festgestellt, dass der geplante Termin 01.01.2005 zur Einführung des EBM 2000plus nicht zu halten ist. Er hat daher beschlossen, dem Bewertungsausschuss den 01.04.2005 als Starttermin vorzuschlagen.

Ferner wurde festgestellt, dass das bis dato favorisierte Modell zur Umsetzung der Regelleistungsvolumina (RLV) zu unerwünschten Verschiebungen vor allem zwischen den Fachgruppen, aber auch innerhalb der Fachgruppen geführt hätte. Damit ist dieses Modell vom Tisch und damit auch eine drohende Abwertung der Anästhesieleistungen durch die Füllung des Arztgruppentopfes nach einem theoretischen Modell. Die Grundlagen dieses Modells, welches unter anderem auf einer Umrechnung der nach den im EBM 96 abgerechneten Punktvolumina auf den EBM 2000plus (Konversionsdatei) und der Vorgabe einer Jahresarbeitszeit basierte, waren offensichtlich nicht anwendbar.

Der Bewertungsausschuss hat am 29.10.2004 getagt und die Bedenken des Länderausschusses geteilt. Daher wurde auch dort die Verschiebung auf den 01.04.2005 beschlossen und das vom Länderausschuss vorgeschlagene Modell zu den RLV übernommen. (Beschluss veröffentlicht im „Deutschen Ärzteblatt“ 46 vom 12.11.2004, siehe auch Anhang)

Die konkreten Auswirkungen in den einzelnen KVen hängen jetzt viel mehr davon ab, was diese mit den Krankenkassen auf dieser Basis vertraglich vereinbaren, da ja nach Inkrafttreten des GMG Honorarverteilungsverträge (HVV) zwischen KVen und Krankenkassen geschlossen werden müssen. Dem o. g. Beschluss muss noch das BMGS zustimmen, welches die Rechtsaufsicht hat.

Hier zunächst einige wesentliche Einzelaspekte:

- **Trennungsfaktor**
Der in § 85 Abs. 4 SGB V vorgesehene Trennungsfaktor zur Aufteilung des Honorars auf den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich (incl. psychologische Psychotherapeuten) bleibt in der seinerzeit festgelegten Größenordnung bestehen.
- **Vorwegvergütung**
Hierunter ist der Anteil aus der von den Krankenkassen gezahlten Gesamtvergütung zu verstehen, der vor Aufteilung in HA/FA – Bereich ausgeschüttet wird, da dies als eine gemeinsame Aufgabe der KV angesehen wird. Welche Leistungen konkret hieraus gezahlt werden, hängt von dem jeweiligen HVV ab.
- **Regelleistungsvolumen**
Ein im Vorhinein feststehendes Punktzahlvolumen für die jeweilige Praxis, für das ein fester, ebenfalls im HVV vereinbarter Punktwert gezahlt wird. Die darüber hinausgehende Punktmenge wird mit einem floatenden Punktwert bezahlt.

- **Bewertung der Leistungen im RLV im Arztgruppentopf / nicht im RLV im Arztgruppentopf / nicht im RLV und nicht im Arztgruppentopf.**

Nach Einführung der RLV gibt es drei Leistungsbereiche:

- (1) Für die Leistungen, die innerhalb des RLV vergütet werden, steht die abrechnungsfähige Punktsumme der Praxis und der Punktwert vorher fest.
- (2) Bei den nicht den RLV unterliegenden, innerhalb des Fachgruppentopfes angesiedelten Leistungen gilt von vornherein ein vorher nicht feststehender Punktwert. Hierunter fallen übrigens die ambulanten Operationen! Die operativ tätigen Kollegen belasten somit den Fachgruppentopf ihrer Arztgruppe, was sich negativ auswirken kann auf die Zuweisung durch die konservativ Tätigen der Arztgruppe. Sie belasten allerdings nur den „Restpunktwert“ aller Leistungen, die von der Fachgruppe über das gesamte Volumen der innerhalb der RLV abgerechneten Leistungen hinausgeht. Allerdings bestehen drüber hinaus für die Honorierung für ambulante Operationen weitere Möglichkeiten im SGB V.

In der Fachgruppe Anästhesie gibt es in diesem Bereich hauptsächlich die Ziffer 05230 (Aufsuchen) und die Ziffern der Inanspruchnahme zu ungünstigen Zeiten. Hier kann evtl. sogar ein gegenteiliger Effekt auf den Punktwert entstehen, nämlich dann, wenn über das RLV hinaus für das Restvolumen in den Fachgruppentopf mehr Geld eingestellt wird, als zum Bedienen des Leistungsbedarfs zum Punktwert des RLV notwendig ist. Die im o.g. Beschluss festgelegte Liste für diese Leistungen ist nicht verbindlich, da im HVV anderes vereinbart werden kann.

- (3) Leistungen, die in € ausgewiesen sind, wie z.B. Pauschalerstattungen des Kapitels 40 und Laborleistungen des Kapitels 32 belasten nicht die Fachgruppentöpfe. Im HVV könne vertraglich über die im Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 genannten Leistungen hinaus weitere vereinbart werden, die aus diesem Vorwegabzug honoriert werden. Dies könnte beispielsweise für die Schmerztherapie gelten.

- **Zeitplan**

Es sind drei Phasen zu unterscheiden:

- (1) Die Quartale II, III und IV gelten parallel mit der Abrechnung nach dem neuen EBM als „Konversionsphase“. Die KVen, die schon eine Mengensteuerung ähnlich der RLV haben, können mit den Krankenkassen vereinbaren, diese für die Konversionsphase weiterzuführen. Umstritten ist noch, ob die Individualbudgets, die ja keine Abstufung, sondern eine Honorarkappung auf Punktwert 0 bedeuten, diesen Ansprüchen genügen.
- (2) Ab dem 01.01.2005 soll die Konversionsphase beendet sein, d.h. die RLV werden scharf geschaltet. Es gibt dann keine ausgleichenden Korrekturen mehr. Auch die KVen, die evtl. bis dahin ihre alte Honorarverteilung beibehalten haben, müssen jetzt RLV umsetzen.

(3) Ab dem 01.01.2007 gelten neuen Regelungen, da gemäß GMG dann morbiditätsabhängige RLV kommen sollen. Wie dies zu gestalten ist, ist derzeit noch völlig unklar.

- **Konversionsphase**

In diesen drei Quartalen wird ein theoretischer Punktwert über die Fachgruppengrenzen (aber innerhalb des Versorgungsbereichs) hinweg gebildet. Wenn beim Vergleich mit einzelnen Fachgruppen diese eine Abweichung um mehr oder weniger als 10% aufweisen, wird der Topf zu Lasten der andern angepasst. Dadurch werden Fachgruppen begünstigt, die im neuen EBM ein höheres Punktvolumen generieren als im EBM 96. Dies setzt allerdings voraus, dass die „Übersetzungsliste“ des alten in den neuen EBM korrekt ist, was zumindest für die Anästhesie bezweifelt werden muss. Zumindest wenn die „Übersetzungsliste“ der derzeit auf der Homepage der KBV im Internet veröffentlichten Konversionsdatei entspricht, sind hier gravierende Fehler.

- **Arztgruppentöpfe**

Arztgruppentöpfe sind nicht mehr zwingen festgelegt, d.h. mit den Krankenkassen kann auch ein HVV vereinbart werden ohne die Bildung von Arztgruppentöpfen, natürlich unter Beibehaltung des Trennungsfaktors HÄ/FÄ.

Arztgruppentöpfe können getrennt nach Primär- und Ersatzkassen gebildet werden. Die Füllung des Arztgruppentopfes zur Berechnung des RLV erfolgt nach dem angeforderten Leistungsbedarf (nach Richtigstellung) der Quartale III/IV / 2003 und I/II / 2004. Kürzungen über die Honorarverteilung bleiben unberücksichtigt.

Nach der Fachgruppenfrequenztafel werden die Leistungsziffern, die zu diesem Leistungsbedarf geführt haben, übersetzt in die Leistungsziffern des neuen EBM. Hieraus ergibt sich die zugehörige Punktmenge gemäß des neuen EBM für die einzelne Fachgruppe. Hiervon werden 80% angesetzt und durch die Zahl der im Erfassungszeitraum behandelten Patienten geteilt. Zusätzlich werden die Altersgruppen, die im neuen EBM zu unterschiedlichen Ordinationsziffern geführt haben, berücksichtigt.

Damit steht die Fallpunktzahl (FPZ) einer Arztgruppe für das RLV fest.

- **RLV der Praxis**

Die Fallpunktzahl (FPZ) der Fachgruppe wird multipliziert mit der Zahl der Behandlungsfälle der Praxis. Ob dieses für jedes Quartal neu ermittelt wird, bleibt den HVVs überlassen.

Für ermächtigte Ärzte wird ein RLV nur festgelegt, wenn der Ermächtigungsumfang dem eines Vertragsarztes entspricht.

- **Steuerungsmechanismen**

(1) Abstufung bei Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe:

Bei Überschreitung der Fälle um 150% wird bei allen darüber liegenden Fällen die FPZ um 25 % gekürzt.

- (2) Gemeinschaftspraxen werden begünstigt, indem die FPZ um 130 Punkte erhöht wird. Die Förderung fachübergreifender Gemeinschaftspraxen und MVZs liegt zwischen 130 und 220 Punkten als Zuschlag auf die FPZ.
- (3) Es wird eine Fallzahlobergrenze je Arzt in Höhe von 200% der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe im Vorjahresquartal eingezogen. Diese kann von keiner Praxis überschritten werden.
- (4) Fallzahlzuwachsbeschränkungen sollen verhindern, dass ein Anreiz, mehr Fälle zu generieren, gesetzt wird. Derartige Regelungen sind ja aus den alten HVMs bekannt und sollen KV-spezifisch festgelegt werden.

Bewertung:

Die hinter den RLV stehende Philosophie, im Vorhinein für ein bestimmtes Leistungsvolumen einen festen Punktwert zu kennen, macht nur dann Sinn, wenn dieser Punktwert dem ursprünglich kalkulierten von 5,11 €cent entspricht. Ferner muss das RLV so groß sein, dass es eine Existenzgrundlage bietet. Da über alle Fachgruppen hinweg schon lange klar ist, dass das zur Verfügung stehende Geld für die erforderlichen Gesundheitsleistungen nicht ausreicht, sind diese Voraussetzungen nicht gegeben.

In der Anästhesie ist die Übersetzung der Ziffern des alten in die des neuen EBM nach wie vor ein Problem, da dies durch den Aufbau einer völlig neuen Struktur fast unmöglich ist. Hier besteht noch erheblicher Klärungsbedarf.

Bei korrekter Umsetzung der Ziffern des alten in den neuen EBM würde die Fachgruppe Anästhesie (auf Kosten anderer) wahrscheinlich von der 10% Regelung der Konversionsphase profitieren. Da davon auszugehen ist, dass diese Anpassung für 2006 perpetuiert wird, könnte dies ein langfristiger Effekt sein.

Dessen ungeachtet wird der neue EBM in Zukunft unabhängig von der Begrenztheit des „normalen“ KV-Systems auch die Grundlage für Verhandlungen außerhalb dieser Reglementierungen sein. Insofern sind die dort erreichten Verbesserungen nach wie vor wichtig.

Übersicht über die Entscheidungsgremien zum EBM : (ohne die Vertreterversammlungen der KVen und der KBV)

Länderausschuss: Versammlung der ersten Vorsitzenden der 23 KVen plus 2 außerordentliche Mitglieder, also eine reine Veranstaltung der KV.

Bewertungsausschuss: Gemeinsames Gremium der KBV und der Krankenkassen. Besteht aus 7 Vertretern der KBV und 7 der Krankenkassen. Hier werden der EBM und Maßnahmen zur Mengensteuerung beschlossen, wenn man sich einigt.

Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses: Gemeinsam von KBV und Krankenkassen besetzter Ausschuss, in dem die Details, z.B. Formulierungen des EBM, abgestimmt werden, bevor der Bewertungsausschuss tagt.

Erweiterter Bewertungsausschuss: Wird nur einberufen, wenn sich KBV und Krankenkassen im Bewertungsausschuss nicht einigen können. Vorsitzender kann ein Unparteiischer sein, dem damit eine Art Richterfunktion zukommt. Hier ist z.B. die Entscheidung über den Wert der „Arztminute“ gefallen.

Gemeinsamer Bundesausschuss: Durch das GMG **ab dem 01.01.2004** neu geschaffenes Gremium, in dem jetzt alle früheren Vorgängergremien zusammengefasst sind. Hier werden alle grundlegenden Fragestellungen des GKV-Systems geregelt, z.B. Leistungsumfang der GKV, Fragen der Verordnungsfähigkeit von Medikamenten, Krankentransportrichtlinie etc.

Rechtsaufsicht:

BMGS: Das Gesundheitsministerium hat die Rechtsaufsicht über die Umsetzung der Sozialgesetzgebung. Daher kann die Ministerin die Beschlüsse der o.g. Gremien kippen, wenn sie zu der Auffassung gelangt, dass diese nicht mit dem geltenden Sozialrecht kompatibel sind. Dies könnte z.B. auch bei einer Einigung über den EBM und die Regelleistungsvolumina der Fall sein, wenn das BMGS den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) bedroht sieht.

Gesundheitsministerien der Länder: Verträge zur Gesamtvergütung werden zwischen den KVen vor Ort (also derzeit 23 mal in Deutschland) und den Krankenkassen vor Ort vereinbart. Ab dem 01.07.2004 auch der Honorarverteilungsmaßstab (HVM). Auf dieser Ebene wacht das jeweilige **Landesgesundheitsministerium** darüber, dass die Vorschriften der Sozialgesetzgebung umgesetzt werden. Auch hier könne Beschlüsse einkassiert werden. Dies betrifft auch die neu zu gestaltenden Satzungen der KVen. Notfalls kann das Ministerium auch eine Ersatzvornahme durchführen, also z.B. zur Leitung der KV einen Staatskommissar einsetzen oder der KV eine Satzung diktieren.