



**B H I**

# Bundesverband Hausärztlicher Internisten e.V.

Landhausstrasse 10, 10717 Berlin, Tel. 030 / 863 96 110, Fax: 030 / 863 96 157  
Homepage: [www.Hausarzt-BHI.de](http://www.Hausarzt-BHI.de), E-mail: [Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de](mailto:Geschaeftsstelle@Hausarzt-BHI.de)

## BHI-Newsletter

September 2009

### Was haben wir für 2010 zu erwarten?

Am 2. September haben die KBV und die Kassen im Erweiterten Bewertungsausschuss (EBA) die wesentlichen Beschlüsse zur Weiterentwicklung des Honorars in 2010 gefasst. Dies war der erste Honorarbeschluss seit den Anfang des Jahres gefassten Beschlüssen zur Reparatur der missglückten Honorarverteilung 2009. Wir fassen hier die für uns relevanten Veränderungen zusammen, zunächst die Fakten, ergänzt durch Erläuterungen und Kommentare:

- 1. Die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) steigt in 2010 gegenüber 2009 um 2 %.**
- 2. 2010 ist der Einstieg in die Veränderung der Orientierungs(punkt)werte (OW) bei festgestellter Über- und Unterversorgung.**

**Zu 1.:** Das wesentliche Element der dürftigen Honorarsteigerung ist ein **ausgehandelter Anstieg der Morbiditätsrate** um 1,66 %. Die Morbiditätsrate soll laut Gesetz das zentrale Element der Honorargestaltung ab 2009 sein; deshalb ja auch der euphemistische Begriff „Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“. Kassen und KBV liegen aber im Dauerstreit über die Frage, wie die Morbidität zu messen sei. Die Ausgangsposition der **Kassen**: über eine sog. demographiebezogene Morbiditätsrate (Alter und Geschlecht), die der **KBV**: über eine diagnosebezogene Morbiditätsrate, also über Änderungen der Behandlungsdiagnosen gemäß eines von der KBV entwickelten Berechnungssystems (sog. Groupersystem). Nach dem Ansatz der Kassen ergibt sich eine Morbi-Rate von 0,34 %, nach KBV-Ansatz eine von 2,5 %. Verhandlungsergebnis im EBA: bei der Berechnung der MGV werden die beiden Ansätze mit einer Gewichtung von 39 % (Kassen) zu 61 % (KBV) zusammengeführt: draus ergibt sich eine gewichtete Morbi-Rate 2010 von 1,66 %. Die restlichen 0,34% (1,66 % + 0,34 % = 2,0 % Zuwachs MGV 2010, s.o.) beziehen sich auf einen weiteren ausgehandelten Mehrbedarf.

Die von der KBV veröffentlichte Steigerung der Gesamtvergütung um 3,8 % bezieht sich auf die so genannte Totale Gesamtvergütung, also der MGV plus Mengendynamik der Präventionsleistungen und Dialysesachkosten. Hier handelt es sich aber um Schätzungen bezüglich eines erarbeiteten Mehrbedarfs, nicht um echte Honorarsteigerungen.

**Kommentar:**

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung hat die an die Grundlohnsumme gebundene Budgetierte Gesamtvergütung abgelöst und sollte die Budgetierungszwänge der Ärzte aufheben. Wie von uns bereits im letzten Jahr vorhergesagt, entpuppt sich dies nunmehr als reine Augenwischerei.

Der Grundlohnsummenbezug wird lediglich ersetzt durch ein Verhandlungsergebnis zwischen KBV und Kassen im EBA, bei dem ein "unabhängiger" Vorsitzender das letzte Wort hat und dem das Gesundheitsministerium auch noch zustimmen muss. Der Morbiditätsbezug wird so – wie jetzt geschehen - durch diverse Faktoren und Gewichtungen zu einer manipulierbaren Größe.

**Zu 2.:** Das Gesetz schreibt zur Steuerung des Versorgungsgrades eine Differenzierung der Orientierungswerte (OW) bei festgestellter Unter- und Überversorgung in einem Zulassungsbezirk vor. Diese Vorschrift wurde jetzt gegen den Widerstand der KBV konkretisiert: 2010 sollen gemäß nachfolgender **Tabelle** fünf OWe je nach Versorgungsgrad (V) eingeführt werden. Bei Überversorgung sinkt, bei Unterversorgung steigt der OW in einem noch zu vereinbarenden Ausmaß. Wie Über- und Unterversorgung – und damit Regelversorgung – abgegrenzt werden, zeigt die Tabelle:

**Tabelle: Orientierungswerte bei Unter- und Überversorgung****- Je Arztgruppe fünf Orientierungswerte nach Versorgungsgrad (V)**

Versorgungsmaß	Hausärzte	Fachärzte
Unterversorgung II	$V < 56,25 \%$	$V < 37,5 \%$
Unterversorgung I	$56,25 \% \leq V < 75 \%$	$37,5 \% \leq V < 50 \%$
Regelversorgung	$75 \% \leq V < 110 \%$	$50 \% \leq V < 110 \%$
Überversorgung I	$110 \leq V < 150 \%$	
Überversorgung II	$V \geq 150 \%$	

**- Für Arztgruppen ohne Bedarfsplanung gilt das Versorgungsmaß Regelversorgung**

Wir entnehmen der Tabelle, dass Unterversorgung bei Hausärzten erst unter 75 %, bei Fachärzten unter 50 % des errechneten Versorgungsbedarfs beginnt, Überversorgung hingegen in beiden Sektoren schon bei über 110 %!

Gemäß einer ausgehandelten Konvergenzregel heißt das für vor dem 1.1.2010 niedergelassene Ärzte in **überversorgten** Gebieten, dass ab 2011 bis 2017 die vorgesehenen Abschläge schrittweise bis zur vollen Höhe gesteigert werden. Ärzte in unterversorgten Gebieten sollen schon ab 2010 in den Genuss der zu erwartenden Zuschläge kommen. Die KBV hat jedoch, als Folge der völligen Asymmetrie der Tabelle, für das gesamte Bundesgebiet weniger als 100 (!) Ärzte errechnet, die in den Genuss dieser Zuschläge kommen könnten.

**Kommentar:**

Die getroffene Regelung ist völlig inakzeptabel und zeigt die Parteilichkeit des Vorsitzenden des EBA, Professor Wasem, oder aber seine Ahnungslosigkeit bezüglich der Versorgungsrealität. Die Kassen können sich schon einmal die Hände reiben: die Minderung des Honorars in voraussichtlich erheblichem Ausmaß vor allem für Ärzte in städtischen Bal-

lungsgebieten vermindert automatisch die MGV! Wir sehen hier für die nächsten Jahre ein erhebliches Krisenpotential, das hoffentlich zu einem Protestpotential der Ärzte führt.

## Was erwartet uns noch für 2010?

Der EBA will bis zum Jahresende weitere Beschlüsse fassen, die zum 1.4.2010 wirksam werden sollen:

**- Die Trennung der Gesamtvergütung in die Vergütungsanteile der beiden Versorgungsbereiche (Haus- und Fachärzte) soll neu geregelt werden.**

Zur Erklärung: In der bis Ende 2008 gültigen alten Honorarordnung waren die Honoraranteile nach einer vorgegebenen Formel prozentual für jede KV festgelegt. Mit der neuen Honorarordnung wurde - gemäß dem Willen des Gesetzgebers - diese starre Trennung aufgehoben und damit der jeweilige Honoraranteil einer nicht kalkulierbaren Dynamik unterworfen. Für 2009 wurde der so genannte **EBM-Faktor** eingeführt, der die durch die Einführung des EBM 2008 bedingten Punktzahl-Entwicklungen von 2007 nach 2008 in dem jeweiligen Versorgungsbereich abbilden soll. Entsprechend den unterschiedlichen Punktzahlentwicklungen in den einzelnen KVen kamen regional auch unterschiedliche EBM-Faktoren für Haus- und Fachärzte heraus. Somit floss und fließt Honorar von dem Sektor mit dem niedrigeren zu dem mit dem höheren EBM-Faktor. Dabei war der EBM-Faktor als Honorarverbesserung für die Hausärzte gedacht. Heraus kam aber in den einzelnen KVen ein völlig unterschiedliches Ergebnis mit teils erheblichen Verlusten für die Hausärzte. Wir haben dies im Frühjahr des Jahres ausgiebig dargestellt und bei der KBV Änderungsbedarf angemeldet.

### Kommentar:

Auch wenn Hausärzte in einzelnen KVen in diesem Jahr vom EBM-Faktor profitieren, so ist für die Zukunft wieder eine strikte Honorartrennung anzustreben oder besser noch: eine Minderung des hausärztlichen Honoraranteils auszuschließen. Denn durch den höheren Pauschalierungsgrad im Hausarzt-EBM einerseits und die stärkere Mengendynamik fachärztlicher technischer Leistungen andererseits ist in Zukunft mit einem deutlich höheren Anstieg der fachärztlichen Punktzahlentwicklung zu rechnen. Die Ausweitung fachärztlicher Leistungen darf nicht von den Hausärzten mitfinanziert werden!

- Ferner sind Maßnahmen zur Stabilisierung der Höhe der Regelleistungsvolumina vorgesehen. Konkret: Es wird voraussichtlich zu **Fallzahlzuwachs-Begrenzungsregelungen** kommen.

### Kommentar:

Wir halten dies für unausweichlich, da bei unbegrenzter Fallzahlvermehrung und konstantem Honorar der Fallwert sinkt. Entsprechende Regelungen hat es auch früher schon gegeben. Wer aktuell Wachstumspotential für seine Praxis hat, sollte dies in den nächsten beiden Quartalen bis zur voraussichtlichen Einführung der Regelung realisieren.

Der KBV-Vorsitzende Köhler hat aber noch weiteres im Sinn: Er möchte den Fallzahlbezug aufgeben zu Gunsten eines so genannten **Volumen-Modells**: Es werden drei nach Fallzahl differenzierte Gruppen (Cluster) gebildet, die jeweils das gleiche Honorar erhalten. Es handelt sich also praktisch um ein modifiziertes Individualbudget.

Der Nutzen eines solchen Modells erschließt sich uns nicht; Köhler weigert sich auch bislang, es öffentlich zu diskutieren. Der damit anzurichtende Schaden ist hingegen offenkundig: Es kommt absehbar wiederum zu starken Honorarverwerfungen zwischen den Ärzten einer Fachgruppe, die etliche Praxen, die sich im oberen Drittel ihres Clusters befinden, in den Ruin treiben dürften. Wir haben unsere Bedenken bereits mehrfach vorgebracht und werden dies auch weiterhin tun.

- Schließlich werden bis Ende Oktober sog. **Kodierrichtlinien** erlassen, die wahrscheinlich zum 1.4.2010 eingeführt werden.

Damit soll die Kodierung von Abrechnungsdiagnosen vereinheitlicht werden. Laut Gesetz dienen diese ab 2010 dazu, Morbiditätsveränderungen zu messen, mit der Folge - gemäß der mit der „Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung“ verbundenen Verheißung - die Gesamtvergütung entsprechend anzupassen. Die Umsetzung der Richtlinien wird den Praxen einige Mehrarbeit bescheren, aber, wie eingangs zum Honorarbeschluss des EBA beschrieben, ohne die Aussicht, dass ein etwaiger Morbiditätsanstieg eins zu eins in eine Honorarsteigerung umgesetzt wird.

## Fazit und Ausblick

Nach einem positiven Honorarsprung für viele Praxen in 2009 werden sich alle für die kommenden Jahre wohl wieder auf Stagnation einstellen müssen. Hier sind wir weitgehend vom goodwill von Politik und Krankenkassen abhängig.

Größeren Gestaltungsspielraum hat die ärztliche Selbstverwaltung, also die KBV, allerdings bei den **Honorarstrukturen**. Hier fordern wir weiterhin, dass die Verhältnisse vom Kopf auf die Füße gestellt werden. Es kann nicht sein, dass das Regelleistungsvolumen, das die Grundversorgung sicherstellen soll, die Restgröße bei der Honoraraufteilung ist nach Vorwegabzug für alle anderen Leistungen, die, wie zum Beispiel die Akupunktur, unbudgetiert sind

Wir bleiben bei unserer Forderung nach einem garantierten **Mindest-RLV-Fallwert von 40 €** für Hausärzte. Die übrigen Leistungen müssen dann entsprechend budgetiert werden, wenn das Geld nicht ausreicht. Die KBV sieht hier bislang keinen Handlungsbedarf.

Weiterhin ist zu fordern, dass die **technikgestützten, qualitätsgebundenen Leistungen**, vor allem Spirometrie, Ergometrie, Langzeit-EKG und –Blutdruckmessung, in ihrer Bewertung deutlich angehoben werden. Relativ hohe Budgets nutzen nichts, wenn die entsprechenden Leistungen nicht wirtschaftlich zu erbringen sind. Hier hat die KBV immerhin Initiative im EBA versprochen.

Eine **Auswertung der ersten Quartalsabrechnung 2009** werden wir zu einem späteren Zeitpunkt nachholen, da bislang keine validen endgültigen Daten für die einzelnen KVen von der KBV vorgelegt wurden. Wir haben entsprechende Informationen von der KBV eingefordert, um die Honorarverteilung nicht nur auf die einzelnen KVen, sondern auch auf die Fachgruppen und die Versorgungsbereiche beurteilen zu können und daraus unsere honorarpolitischen Schlüsse und Forderungen abzuleiten.

Dr. U. Piltz  
2. Vorsitzender