

01.11.2009 Vergütung

1,2 Mrd. Zuwachs für die Vertragsärzte im Jahr 2010

J.-A. Rüggeberg



© iStock/utrecht

Die Vertragsärzte erhalten für 2010 eine Honorarsteigerung von 3,7 Prozent (rund 1,2 Mrd. Euro) im Vergleich zu 2009. So zumindest heißt es in den Pressemitteilungen nach einer entsprechenden Beschlussfassung des erweiterten Bewertungsausschusses zu den Honoraren 2010. Diese Zahl ist allerdings das Ergebnis einer hochgerechneten Schätzung insbesondere zur Leistungsanforderungen bei extrabudgetären Leistungen (ambulantes Operieren etc.). Vor allem handelt es sich um eine bundesweite Gesamtschätzung. Regionale Unterschiede sind darin nicht berücksichtigt und schon gar nicht

praxisspezifische Besonderheiten. Was wirklich beim einzelnen Arzt ankommt, ist aus diesen Zahlen nicht abzuleiten.

Der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. Andreas Köhler, zeigt sich auf der Pressekonferenz am 3. September, dem Tag nach der Verhandlung im Erweiterten Bewertungsausschuss in Berlin, weitestgehend zufrieden. „Dies ist ein zukunftsweisender Beschluss“, sagte er. Aber nicht alle Aufgaben konnten aufgrund der Komplexität, so wie vom Gesetzgeber vorgegeben, gelöst werden. Deshalb stehen noch einige weitere Sitzungen und Beschlüsse in den nächsten Wochen und Monaten aus. Am 22. September wird der Beschluss zur Verteilung der Honorare (Regelleistungsvolumen) gefällt. Die Morbiditätsentwicklung werde sich auf Dauer in den Ergebnissen widerspiegeln, ist Köhler sich sicher. Am Orientierungswert, der maßgeblich für den Preis der Leistung im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) verantwortlich ist, wurde nicht gedreht. Er wird lediglich von 3,5001 Cent auf 3,50048 Cent angehoben, also ein Plus von 0,134 Prozent. Diese Anhebung geht auch nicht auf Verhandlung zurück, sondern ist der Tatsache geschuldet, dass bei der erstmaligen Errechnung noch nicht mit Enddaten kalkuliert wurde. Die Anhebung stellt also eine Korrektur der ursprünglichen Berechnung dar. Die Verhandlungspartner standen sich mit zwei Maximalforderungen gegenüber: Die KBV ist mit der Forderung in die Verhandlungen gegangen, den Orientierungswert um 5,3 Prozent zu erhöhen. Die Krankenkassen formulierten ihr Ziel so: Absenkung um 6,2 Prozent.

Morbiditätsentwicklung wird gemessen

Die Verhandlungen hatten es auch deshalb in sich, weil am Ende über acht verschiedene und komplizierte Punkte Einigkeit erzielt werden musste. Zentraler Baustein in der Weiterentwicklung der vertragsärztlichen Vergütung ist die Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs. Hier hat sich die KBV mit ihren Vorstellungen gegen die der Krankenkassen nicht durchsetzen können. Im Interesse der ärztlichen Leistungserbringer ist es, die Morbidität so

genau wie möglich abzubilden – ähnlich dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich, nach dem die Krankenkassen ihre Zuweisungen aus dem Gesundheitsfonds erhalten. Jetzt ist ein Grouper-System beschlossen worden, das nur zwei Bezugsgrößen kennt: eine (auf relativ wenige Diagnosen) diagnosebezogene Morbi-Rate und eine demographiebezogene Veränderungsrate. Beide werden unterschiedlich gewichtet. Der Diagnosebezug wird mit 61 Prozent bewertet und der Demographiebezug mit 39 Prozent. Köhler: „Für die Vertragsärzte ist es wichtig, dass der Grouper die Veränderung der Morbiditätslast misst.“ Und das heißt, auch das beschlossene komprimierte Modell wird dafür sorgen, dass zunehmende Morbidität eingepreist wird und nicht wie bisher einseitig zu Lasten der Arztpraxen ging.

Am Rande sei erwähnt, dass die Diagnoseschlüssel im Risikostrukturausgleich des Gesundheitsfonds sehr viel differenzierter ausgefallen sind. Aber hier geht es ja um die Verteilung der Beitragseinnahmen an die Krankenkassen, während der Morbiditätsgrouper für die Vertragsärzte bewusst grob gehalten wurde, damit die Kassen ihr Geld behalten. Zur Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs gibt es darüber hinaus noch viele weitere Details zu klären. Beispielsweise weiß noch niemand, wie man die Morbiditätslast unter Berücksichtigung der Selektivverträge bereinigen soll.

Wie werden Unter- und Überversorgung ermittelt?

Auf Ablehnung der KBV stießen auch Pläne der Kassen für Zuschläge auf den Orientierungswert in Regionen mit wenigen Ärzten sowie Abschläge für Ärzte in Überversorgten Gebieten. Nach derzeitiger Lesart bekämen laut KBV 58 Ärzte Zuschläge, wie viele nach der Berechnung einen Abschlag hinnehmen müssten, konnte die KBV auch auf Nachfrage nicht beantworten. Nebulös heißt es dazu nur: „145.736 Ärzte müssten einen Abschlag hinnehmen bzw. bekämen den Regelwert.“ Tatsache ist aber, dass die Ermittlung und praktische Umsetzung einer solchen Regelung extrem kompliziert ist. „Das wäre der totale Overkill an Bürokratie“, meinte Köhler. Die Beschreibung einiger Fallkonstruktionen mit Gemeinschaftspraxen und den neuen Berufsausübungsgemeinschaften zeigen, dass der Kreativität dann Tür und Tor geöffnet wären und eine sachgerechte Umsetzung unmöglich erscheint. Dies haben auch die Kassenvertreter erkennen müssen und so folgt man der altbewährten Lösung, die da heißt: „Wenn ich mal nicht weiter weiß, gründe ich einen Arbeitskreis.“ Dieser soll bis 2011 ein Ergebnis erzielen. Bis dahin gilt: Es gibt nur Zuschläge für Ärzte in unterversorgten Regionen. Parallel zu all diesen Beschlüssen, die sich in zunehmendem Maße als nicht mehr administrabel erweisen, möchte die KBV wieder zurück zu einem System von Einzelleistungsvergütungen.

Das wird von uns eindeutig begrüßt und unterstützt. Allerdings muss die Frage beantwortet werden, woher das Geld für eine ausreichende finanzielle Ausstattung einer solchen Vergütungsform kommen soll. Es braucht wenig Phantasie, um sich eine erneute Orgie von Budgets, Honorarminderungen und verwaltungstechnischen Bürokratiemonstern vorzustellen. Wahrscheinlich werden wir uns alle an das System der RLV mit diversen Abschlägen gewöhnt haben, bevor dann wieder etwas völlig Neues aus der Taufe gehoben wird. Der Spruch: „Das Bessere ist der Feind des Guten“ kann in unserem Fall problemlos abgewandelt werden: „Es gibt nichts Schlechtes, was nicht durch noch Schlechteres getoppt werden könnte“.

Autor des Artikels



Dr. med. Jörg-Andreas Rüggeberg

Vizepräsident des BDC

Referat Presse- & Öffentlichkeitsarbeit/Zuständigkeit PASSION

CHIRURGIE

Praxisverbund Chirurgie/Orthopädie/Unfallchirurgie Dres.

Rüggeberg, Grellmann, Henke

Zermatter Str. 21/23

28325 Bremen

[> kontaktieren](#)