

Editorial

Die Beschlussfassung des Erweiterten Bewertungsausschuss zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung hinterlässt zwiespältige Gefühle. Sie ist der erste Schritt in ein neues Vergütungssystem weg von der Kopfpauschalensystematik und der Begrenzung der Steigerung der Gesamtvergütung auf Basis der Grundlohnsummenentwicklung. Das Morbiditätsrisiko wird in Stufen auf die Krankenkassen übergehen, die Beitragssatzstabilität ist nicht mehr oberste Maxime. Der Beschluss ist aber nicht mehr als eine hochkomplexe Rechengrundlage zur Ermittlung der vertragsärztlichen Abrechnung in 2009. Wieviel von den 2,7 Mrd. Euro, die als zusätzliches Geld ausgehandelt wurden

bei den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen und schlussendlich beim einzelnen Vertragsarzt aber ankommen werden, das steht weiter in den Sternen. Da hilft auch eine simulierte Gesamtvergütung mit einer Steigerungsrate von 8,4% für 2009 nicht wirklich weiter. Hierdurch werden allerdings Erwartungen auf mehr Honorar geweckt, die in der Wirklichkeit der Abrechnung 2009 wohl kaum generell in dieser Höhe realisiert werden.

Eine 8,4%ige Steigerungsrate des Gesamthonorars klingt nur auf den ersten Blick überzeugend. Sie ist aber auf 2 Jahre zu verteilen und die gesetzliche Steigerung der Grundlohnsumme von 2% ist ebenfalls noch abzuziehen. So kommt man schnell auf eine reale jährliche

Zunahme des Gesamthonorars von 3,2%, nicht schlecht, aber nicht gerade üppig. Von dem großen „Schluck aus der Pulle“, wie in der Öffentlichkeit, den Kassen und dem Ministerium dargestellt, kann keine Rede sein.

Wir haben seit Jahren eine 30%ige Unterfinanzierung in unseren Praxen, hochgerechnet sind dies ca. 7,9 Mrd. Euro. Hier gab und gibt die Vertragsärzteschaft den Krankenkassen und ihren Versicherten weiterhin eine Art zinslosen Kredit, einen Sozialrabatt auf ihre erbrachten Leistungen. Was unsere ärztliche Leistung tatsächlich nur noch wert ist, ergibt sich aus der Absenkung der Arztminute von 86 Cent auf jetzt faktisch 59 Cent, eine direkte Folge des zu niedrigen Orientierungs-



Präsident
Dr. med. Wolfgang Wesiack,
Hamburg

punktwertes. Spätestens hier wird die Fiktion einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation mit einem ursprünglichen Punktwert von 5,11 Cent ad absurdum geführt.

Bis zum 30.11.2008 sind dann die 37 Arztgruppenkontingente mit arztgruppenspezifischem RLV-Fallwert und das Regelleistungsvolumen jedes Arztes, die gesondert berech-

nungsfähigen Leistungen und die regionale Euro-Gebührenordnung bekannt zu geben.

Es bleibt also viel zu tun. Ihr Berufsverband Deutscher Internisten e.V., Ihr BDI, wird Sie mit all seinen Kräften auch in 2009 in dieser „schönen Neuen Welt“ (nach Aldous Huxleys berühmtem Roman) unterstützen.

Ihr

Dr. med. Wolfgang Wesiack
Präsident

Neue Versorgungsformen

Der Aufreger: Das Medizinische Versorgungszentrum (MVZ)

In den letzten Jahren sind immer mehr Medizinische Versorgungszentren gegründet worden. Die Statistik der Kassenärztlichen Vereinigung weist aus, dass die meisten durch Vertragsärzte initiiert wurden. In der letzten Zeit haben die Krankenhäuser aber einen deutlich größeren Anteil übernommen. In der ärztlichen Öffentlichkeit ist dieses Thema sehr stark emotional besetzt, wobei sehr viele Kolleginnen und Kollegen das MVZ als Teufelswerk betrachten und es als Feind der freien ärztlichen Praxis ansehen.

Viele sehen in MVZs einfach eine Nachfolgeorganisationsstruktur der Poliklinik der DDR. Wieder andere glauben an die Abschaffung der ärztlichen Freiberuflichkeit, weil man in einem MVZ Ärzte als Vertragsärzte anstellen kann. Wieder andere denken, dass es durch die Medizinischen Versorgungszentren zu einer Vermehrung von Kassenarztsitzen kommt, die der eigenen Praxis über den Punktwert das Einkommen reduzieren. Die Krankenhäuser gründeten MVZs – so glaubt man –, um die ambulante Versorgung an sich zu ziehen. Vertragsärzte fürchten eine elementare Wettbewerbsverzerrung zwischen dem MVZ und ihrer Praxis.

● Die Gründerebene

All dies hat nicht zu einer Versachlichung der Diskussion geführt. Deshalb ist die Frage erlaubt, was ein MVZ wirklich bedeutet. Dazu muss man die Struktur eines MVZ unter die Lupe nehmen. Man muss grundsätzlich zwischen einer Gründer- und einer Versorgungsebene unterscheiden. Die Gründerebene kann von allen, die eine Versorgungsaufgabe im Gesundheitswesen wahrnehmen, besetzt werden. Somit steht diese Ebene dem Vertragsarzt, dem Krankenhaus, einer Apotheke, einem Krankengymnast, indirekt

auch einem Ärztenetz über seine eigenen Ärzte, aber auch für ermächtigte Ärzte zur Verfügung. Hier natürlich auch nur solange die Ermächtigung gilt. Nicht beteiligen können sich an einem MVZ Krankenkassen und die Arzneimittelindustrie.

● Die Versorgungsebene

Von der Gründerebene getrennt ist die Versorgungsebene, auch wenn Vertragsärzte, die in der Gründerebene tätig sind, sich an der Versorgungsebene beteiligen können. Die Versorgungsebene ist nichts anderes als eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis, in der mehrere – d.h. mehr als zwei – Fachrichtungen unter einem Dach abgebildet werden. Nur zugelassene Vertragsärzte und Psychotherapeuten können in dieser Versorgungsebene tätig sein, aber auch ermächtigte Ärzte. Um es nochmals zu betonen: Nur entsprechend ihrem zugelassenen Versorgungsinhalt und begrenzt auf die Zeit der Zulassung. Auch Zahnärzte können sich beteiligen.

● Zahlreiche Varianten

An diesem Punkt muss betont werden, dass die Zulassungsordnung auch für MVZs unverändert gilt. Bei genauer Betrachtung dieser Organisationsmöglichkeiten wird klar, dass

kein MVZ dem anderen gleichen wird und dass es zahlreiche Varianten gibt, die alle unterschiedlich betrachtet werden müssen: So können die Vertragsärzte die Gründer und gleichzeitig auch die Versorger sein. Hier handelt es sich um eine fachübergreifende Gemeinschaftspraxis. Man muss sich fragen, warum ein solches MVZ gegründet wird, möglicherweise nur, um eine bestimmte Rechtsform z. B. eine GmbH umzusetzen. Bei einer weiteren Variante sind weitere Vertragsärzte in der Gründerebene, aber neben den Gründern, die auch als Versorger in der Praxis tätig sind, gibt es noch angestellte Vertragsärzte. Dies ist häufig bei MVZs, die von Vertragsärzten gegründet werden, da insbesondere bei hoch investiven Fächern die Ärzte inzwischen das Risiko der Investitionen scheuen. Sie lassen sich in solchen Praxen lieber anstellen, um ihre qualifizierte Tätigkeit zum Beispiel auch als Radiologen abzubilden. Eine gewisse Investitionsangst steht Pate dafür, dass der Vertragsarzt in der Versorgungsebene sich lieber anstellen lässt als sich an der Gründerebene zu beteiligen. Eine dritte mögliche Variante sind Vertragsärzte in der Gründerebene. Dies können beispielsweise auch Netzärzte sein, die wiederum Ver-

tragsärzte anstellen. Ein typisches Beispiel ist das Polikum in Berlin, das von Vertragsärzten geführt und verwaltet wird und in dem aber davon unabhängig weitere Vertragsärzte in Anstellung die Versorgung übernehmen.

Eine vierte denkbare Variante geht vom Krankenhaus aus. Dies besetzt die Gründerebene und stellt Vertragsärzte an. Hier handelt es sich um ein typisches MVZ, das offensichtlich mit dem Aspekt einer Portalspraxis zur Verbesserung der Einweisung eingeführt wurde. Darüber hinaus sind zahlreiche weiteren Varianten eines MVZ denkbar.

● Was ist damit aus den Befürchtungen geworden?

Eine DDR-Poliklinik ist das MVZ mit Sicherheit nicht. Bei einer solchen Poliklinik war der Staat bzw. die Gesundheitsverwaltung in der Gründerebene. Die Freiberuflichkeit ist ebenfalls nicht in Gefahr. Auch ein angestellter Arzt kann genauso wie ein angestellter Rechtsanwalt in einer großen Kanzlei freiberuflich tätig sein. Die Freiberuflichkeit bezieht sich nicht auf die Art des Arbeitsverhältnisses, sondern auf die Unabhängigkeit der Berufsausübung. Hier geht es mehr um den Unterschied des Angestellten und des unternehmerisch tätigen Arztes. Auch eine Vermehrung von Kassenarztsitzen kann man nicht erkennen. Es gilt unverändert die Zulassungsordnung; der frühere Paragraph, dass Ärzte nach fünf Jahren ein MVZ verlassen können, um sich dann in dem gleichen Bezirk niederzulassen, ist aufgehoben worden.

Bedeutungsvoll ist aber der Einstieg der Krankenhäuser in die ambulante Versorgung. Sie geschieht indirekt

durch die Gründerebene. Auf diese Weise werden Portalspraxen eingeführt, die die Patientenströme in ein Krankenhaus oder sogar in Krankenhausketten lenken. Hier kann durchaus eine prekäre Konkurrenzsituation zu niedergelassenen Ärzten auftreten.

● Chancen und Gefahren

Formal darf es eine Wettbewerbsverzerrung zwischen einem Klinik-MVZ und einer Praxis nicht geben. Dennoch befürchten manche Vertragsärzte zur Recht, dass mit den öffentlichen Geldern eine Quersubvention der ambulanten Versorgung stattfindet. Ein besonders interessantes Thema sind die Kosten für die von den MVZs aufgekauften Praxis-sitze. Hier befürchten viele Vertragsärzte, die weiter im System tätig sind, dass sie die angelegte Preisspirale nicht mitgehen können. Der ausscheidende Vertragsarzt ist dem gegenüber eher glücklich, dass er noch viel Geld für seine Praxis bekommt, die er ansonsten auf dem Markt der Vertragsärzte oft nicht mehr losgeworden wäre. Im Klartext heißt dies: Das MVZ bietet allen Beteiligten im Gesundheitswesen Chancen, beinhaltet damit aber auch Gefahren. Es ist sowohl für Vertragsärzte als auch für Krankenhäuser nutzbar. Alle Vertragsärzte, auch Ärztenetze, sollten überlegen, in welcher Form sie unter Umständen das Muster MVZ für ihre Bedürfnisse einsetzen können.

HFS

Das neue Vergütungssystem

Die neue Welt 2009 und der hausärztliche Internist

Die KBV und die Kassen haben sich auf ein neues Vergütungssystem geeinigt. Es kommen 2,7 Milliarden € mehr in das System, was grundsätzlich positiv zu bewerten ist. Man mag die Ergebnisse dieser Einigung im Detail gut, oder schlecht finden, aber mit den neuen Abrechnungsbestimmungen werden wir ab dem nächsten Jahr leben müssen. Es gibt unbestritten Vorteile der neuen Systematik: Sie stellt eine Vereinfachung dar und gibt einen besseren Überblick über das zukünftige Honorar. Ob am Ende beim einzelnen Arzt auch mehr Geld ankommt, ist eine ganz andere Frage, die unterschiedlich von Praxis zu Praxis und von Region zu Region beantwortet werden muss.

Das „Budget“ einer Praxis heißt ab 2009 Regelleistungsvolumen (RLV). Man merkt, die Kreativität der Verantwortlichen bei der Umschreibung des Mangels und der Budgetierung scheint unendlich zu sein. Statt eines einfachen Satzes, etwa: „Ich kann/will die Leistungen, die die Ärzte für die Bürger in Deutschland erbringen nicht bezahlen.“ werden wir wohl weiterhin neue Namen lernen müssen. In diesem Artikel soll allerdings eher die rein praktische Umsetzung diskutiert werden.

● **Das Regelleistungsvolumen**

Das RLV wird sehr einfach aus der Fallzahl (kurativ!) des Vorjahresquartals x Fallwert der Fachgruppe berechnet. Der Fallwert wird bis 30. November von der KV (für jede Fachgruppe getrennt) berechnet und mitgeteilt. Für eine hausärztliche Durchschnittspraxis mit 800 Scheinen würde – bei einem angenommenen Fallwert von 40 € – das RLV $800 \times 40 = 32.000$ € im Quartal betragen.

Eine Besonderheit gibt es noch für sehr große, scheinzahlstarke Praxen: Hier wird der Fallwert für die Berechnung des RLV nur bis 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe berechnet. Die Fälle, die 150–170% über dem Durchschnitt

liegen, werden um 25% abgestaffelt; die Fälle, die 170–200% bzw. über 200% darüber liegen, werden um 50% bzw. 75% abgestaffelt.

In KVEn, in denen es bisher keine Fallzahlbegrenzungen gab, kann dies für Ärger sorgen. Die Länder, in denen es bereits Fallzahlbegrenzungen gibt, haben diesen zum großen Teil bereits hinter sich.

Um große Verwerfungen nicht aufkommen zu lassen, ist explizit vorgesehen, dass Praxen, die auf Grund der geänderten Systematik mehr als 15% verlieren, Ausgleichszahlungen bei ihrer KV beantragen können. Wer allerdings „nur“ 10% verliert, wird auch nicht gerade glücklich sein und hat nicht viel Hoffnung, dass er eine Ausgleichzahlung von seiner KV bekommt.

● **Die Qualitätszuschläge**

Bei den Hausärzten/Kinderärzten kommen noch Qualitätszuschläge für Sonographie, Langzeit-Blutdruckmessung, Ergometrie und andere Untersuchungsverfahren hinzu (siehe Tabelle 1). Die Budgets der Leistungen 3 bis 9 können bis zu der ausgerechneten individuellen Obergrenze untereinander verrechnet werden, die Leistungen der Gruppe 1 und 2, Sonographie und Psychosomatik, nicht. Das Sonogra-

phie-Budget kann also nur durch Sonographien, das Psychosomatik-Budget nur durch psychosomatische Leistungen ausgefüllt werden. Der Zuschlag nach Ziffer 03235 von 20 Punkten pro Patient bei Ärzten, die psychosomatische Leistungen abrechnen können, ist nach nur kurzer Zeit wieder weggefallen.

Auch hier ist eine Berechnung ähnlich einfach wie beim RLV. Sie orientiert sich für 2009 an den Fallzahlen aus dem Jahr 2007. Sie muss allerdings individuell pro Praxis durchgeführt werden, je nachdem, zu welchen Leistungen der jeweilige Arzt eine Abrechnungsgenehmigung hat. Um es noch einmal ganz deutlich zu sagen: Sowohl bei dem RLV, als auch bei den Qualitätszuschlägen handelt es sich lediglich um Budgets, die angeben, wie viel der Arzt maximal abrechnen kann. Erst wenn die Leistungen bis zu dieser Menge erbracht und abgerechnet wurden, fließt auch wirklich Honorar. Wie dies in der praktischen Umsetzung aussehen kann, zeigt der Infokasten „Beispielabrechnung 2009“.

Interessant bei der neuen Systematik ist, dass wir jetzt Leistungen in Euro sehen und damit sehen können, wie sie wirklich vergütet werden. Man kommt schon ins Grübeln, wenn man sich zum Beispiel die Bezahlung für eine Spirometrie mit 5,95 € anschaut. Wie hoch wohl hier die Arztminute bezahlt wird, wenn man auch noch die Investition für das notwendige Gerät berücksichtigt?

● **Leistungen außerhalb des RLV**

Verschiedene Leistungen fallen nicht ins RLV und werden extrabudgetär vergütet. Das sind beispielsweise bei Hausärzten Präventionsleistungen, Substitutionsbehandlung, besondere Inanspruchnahmen (EBM-Nrn. 01100 bis 01102), dringende Besuche (EBM-Nrn. 01411, 01412, 01415), Notfalldienstleistungen (EBN-Nrn. 01210 bis 01222), Akupunktur oder Kostenpauschalen.

Beispielabrechnung 2009

bei einer Praxis mit 800 (kurativen!) Scheinen

Berechnung der Qualitätszuschläge

Abdominelle Sonographie:

Zuschlag pro Patient 3,50 €
 3,50 € geteilt durch den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 0,035 € ergibt 100 Punkte Zuschlag pro Patient
 Zuschlag für 800 Patienten sind dann 2800,- € oder 80.000 Punkte
 Eine abdomin. Sonographie wird mit 445 Punkten nach EBM 2008 abgerechnet. Wenn der Arzt die 2800,- € aus seinem Sonographie-Budget auch wirklich bekommen möchte, muss er $80.000 : 445 = 180$ abdominelle Sonographien im Quartal durchführen. Schallt er mehr, bekommt er nach der Sonographie Nummer 180 nichts mehr bezahlt, schallt er weniger, bekommt er auch weniger als die möglichen 2800,- € an Honorar.

Sonographie, Spirometrie und Ergometrie.

Nehmen wir an, unsere Beispiel-Praxis hat die Abrechnungsgenehmigung für Sonographie, Spirometrie und Ergometrie.
 Dann kann sie zusätzlich zum RLV noch 800×6 € (3,50 € + 1,- € + 1,50 €), also 4800,- € verdienen.
 Dafür müssen allerdings auch $(80.000 : 445 =) 180$ Sonographien, $(22856 : 170 =) 134$ Spirometrien und $(34288 : 565 =) 60$ Ergometrien im Quartal durchgeführt werden.
 Führt der Arzt nur 59 Ergometrien durch, könnte er wegen der Austauschbarkeit der Qualitätszuschläge 3 bis 9 stattdessen z.B. 3 Spirometrien mehr durchführen.

Beispielabrechnung 2009

Was kann unsere Beispielpraxis im nächsten Jahr abrechnen? Genau kann dies noch nicht berechnet werden, da der Fallwert erst bis zum 30. November bekannt gegeben wird. Wir rechnen hier mit einem Wert von 40 €, hoffentlich werden es mehr werden.

Das Regelleistungsvolumen:

800 Fälle im Vorquartal x Fallwert (z.B. 40 €) würde ein RLV von 32.000 € ergeben. Dazu kämen noch die Qualitätszuschläge von hier 4800 € und die nicht budgetierten Leistungen.
 Mehr Umsatz kann die Praxis im GKV-Bereich nicht erwirtschaften, selbst wenn die Fallzahlen steigen sollten oder die Arbeit am Patienten mehr werden sollte.

● **Wie geht es weiter?**

Seit Jahren haben wir Ärzte uns an Leistungsbegrenzungen im Gesundheitswesen gewöhnen müssen, die unterschiedliche Namen und eine unterschiedliche Systematik hatten. Mal waren es Budgets pro Patient,

mal Fallzahlbegrenzungen, mal Kombinationen aus beiden, Individualbudgets oder einfach „nur“ niedrige Punktwerte. Es waren allesamt Konstruktionen, die nur einen Zweck erfüllen sollten: den von Politikern zu verantwortenden Geldmangel zu kanalisieren, damit unsere Arbeit nicht leistungsgerecht bezahlt werden muss.

Genau solche eine Budgetierung stellt auch die neueste Konstruktion der RLV dar. Sie mag zwar einige Vorteile mit sich bringen, unser Kampf für eine leistungsgerechte Honorierung ärztlicher Leistungen ist damit aber bei weitem noch nicht zu Ende. Viel eher kann man von einem ersten Schritt auf einem langen Weg sprechen. Immerhin, bereits der erklärte Wille der Politik nach jahrelangen Minusrunden und anderen Zumutungen, die Honorare nicht weiter zu schmälern sondern eher anzuheben, kann als ein Erfolg und ein ermutigendes Ergebnis unserer Proteste des Jahres 2006 betrachtet werden.

Dr. med. Juraj Galan

Tabelle 1: Qualitätszuschläge

	Leistung	Zuschlag in €	Zuschlag in Punkten	Punktwert der Leistung	Preis der Leistung in €	Zuschlag für 100 Scheine in €	Zuschlag für 100 Scheine in Punkten
1	Sonographie	3,50	100	240 – 445	8,40 – 15,58	350,-	10000
2	Psychosomatik	3,-	85,71	430	15,05	300,-	8570
3	Prokto-Rektosk.	1,-	28,57	240	8,40	100,-	2857
4	Kleinchirurgie	1,50	42,86	160 – 675	5,60 – 23,62	150,-	4286
5	LZ-EKG	1,-	28,57	190 – 435	6,65 – 14,22	100,-	2857
6	LZ-Blutdruck	1,-	28,57	220	7,70	100,-	2857
7	Spirometrie	1,-	28,57	170	5,95	100,-	2857
8	Ergometrie	1,50	42,86	565	19,78	150,-	4286
9	Chirotherapie	1,-	28,57	150 – 200	5,25 – 7,00	100,-	2857