



Keine Entspannung der Vergütungssituation

- Zur Honorarentwicklung in Hamburg gibt es immer wieder Nachfragen. Es fanden Umverteilungen statt, viele Vertragsärzte hatten Honoraranstiege und -einbrüche zu verzeichnen. Der KV-Vorsitzende Dieter Bollmann erklärt die Einflussfaktoren dieser Entwicklung.

Die Honorarverteilungsautonomie ist im Zuge der Honorarreform Ende 2008 von der Region auf den Bund übergegangen. Der Bewertungsausschuss hatte die gesetzlichen Vorgaben umzusetzen und legte die Rahmenbedingungen für die Honorarverteilung in den KVen fest. Doch schon bald zeigte sich ein strukturelles Problem: Das vom Gesetzgeber in Aussicht gestellte Ende des Budgets erwies sich als Chimäre. Die zunächst als „freie Leistungen“ beschriebenen dringenden Hausbesuche, unvorhergesehenen Inanspruchnahmen, Akupunktur, Leistungen des organisierten Notfalldienstes, Laborleistungen etc. wurden von den Krankenkassen ebenso wenig ausfinanziert wie die Leistungen, für die Fallwertzuschläge vorgesehen waren, oder die Leistungen der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte und Psychotherapeuten, deren bundeseinheitlich

festgelegte Kapazitätsgrenze Entwicklungsmöglichkeiten bietet; auch Entwicklungen in den Leistungsbereichen ohne Patientenkontakt, die keiner mengenbegrenzenden Regelung unterlagen, wurden nicht zusätzlich vergütet.

Der Ausgleich zwischen den Honoraransprüchen (aufgrund der Beschlüsse des Bewertungsausschusses) und den Zahlungen der Kassen musste aus Rückstellungen der KV hergestellt werden. Zudem waren die Vorgaben zur Trennung der Gesamtvergütungen in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil an die veränderten Berechnungsvorschriften für die Gesamtvergütungen anzupassen. Im Zusammenhang mit dieser Anpassung wurde der auf Bundesebene vorgetragene Forderung der hausärztlichen Vertreter entsprochen, den Fremdkassenzahlungsausgleich kontingentspezifisch

(Hausarzt, Facharzt, Labor, Psychotherapie, organisierter Notfalldienst) zu gestalten.

Um die Kluft zwischen der von der KV an die Ärzte ausbezahlten und der von den Kassen erstatteten Geldmenge zu schließen, wurden zum 3. Quartal 2010 die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Honorarverteilung neu gefasst. Folge der beschriebenen Handlungsnotwendigkeiten war die Einführung der QZV und die Bildung eigenständiger Vergütungskontingente für Laborleistungen, pathologische Leistungen, Leistungen im Notfalldienst und versorgungsbereichsspezifisch für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM; analog wurde zum 1. Quartal 2011 auch für die humangenetischen Probeneinsendungen ein eigenständiges Vergütungskontingent gebildet.

Fortsetzung auf S. 6

Auch zur Berechnung der QZV hatte der Bewertungsausschuss ein Formelwerk vorgegeben; für jeden durch ein QZV geregelten Leistungsbereich in einer Arztgruppe ist der Anteil des Honorars der Arztgruppe zur Verfügung zu stellen, der dem Leistungsbedarf des Leistungsbereichs im Verhältnis zum gesamten Leistungsbedarf der Gruppe, jeweils im Jahr 2008, entsprach. Im Zusammenwirken mit der Vorschrift, dass jeweils die Fallzahlen des Vorjahresquartals zur Bemessung des QZV heranzuziehen sind, ergeben sich durch neu zugelassene und durch Ärzte, die eine Qualifikation neu erlangen, tendenziell sinkende Fallwerte. Diese Systematik verstärkt sich, wenn – wie durch die Fallwertzuschläge im hausärztlichen Bereich geschehen – Leistungsanreize gesetzt werden, für die keine zusätzlichen Finanzmittel durch die Krankenkassen bereitgestellt werden.

Ein Sonderproblem stellte sich für das QZV Psychosomatik im hausärztlichen Versorgungsbereich dar, weil die Psychosomatik für Hausärzte im Jahr 2008 durch einen „Qualitätszuschlag“ abgegolten wurde und nur einige hausärztliche Praxen aufgrund ihrer speziellen Ausrichtung die Genehmigung für die nunmehr im QZV Psychosomatik enthaltenen Leistungen bekommen hatten. Eine Klärung hat ergeben, dass auch der aus dem Zuschlag entstandene Leistungsbedarf in das QZV einbezogen

werden sollte. Da der Zuschlag aber lediglich mit 20 Punkten je Fall bewertet war, musste sich gegenüber der im 3. und 4. Quartal 2010 zugrunde gelegten Berechnungssystematik (bei der nur die Fälle der Ärzte mit Berechtigung zur Einzelabrechnung der Psychosomatik in 2008 berücksichtigt waren) seit dem 1. Quartal 2011 eine Minderung ergeben.

Mit Wirkung zum 2. Quartal 2011 sind Haus- und Heimbefuche durch den Bewertungsausschuss aufgewertet und aus der RLV/QZV-Systematik herausgelöst worden. Die Aufwertung wurde ebenfalls nicht von den Krankenkassen, sondern durch Umverteilung finanziert; sie sollte offenbar dazu dienen, die bei den aktuellen Leistungsbewertungen in mancher KV-Region nicht ausgelastete Gesamtvergütung erarbeiten zu können. Mit Wirkung zum 3. Quartal 2011 sind schließlich die Zuschläge für arztgruppenübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften neu geregelt worden; auch diese Neuregelung hatte eine Umverteilung zur Folge.

Wie oben für die QZV beschrieben, führen Fallzahlsteigerungen auch im Bereich der RLV zu sinkenden Fallwerten. Um dieser Tendenz entgegen zu wirken, wurde im Verteilungsmaßstab eine Fallzahlzuwachsbeschränkung vereinbart, die erstmals bei der Berechnung der Fallwerte für das 1. Quartal 2012 bei einer größeren Zahl von Arztgruppen angewendet

werden musste. Die Regelung bewirkt, dass bei der Berechnung der RLV die Fallzahlsteigerungen von überdurchschnittlich großen Praxen nicht oder nur eingeschränkt berücksichtigt werden; sie kann allerdings die rechtlich gebotene Wachstumsmöglichkeit für kleine und junge Praxen nicht beeinflussen.

Unterm Strich hat die Honorarreform für Hamburg keine guten Ergebnisse gebracht. Die Verhandlungen wurden nicht regional, sondern auf Bundesebene geführt; der KV Hamburg waren bei vielen Entscheidungen die Hände gebunden. Und weil für die Versorgung eines Hamburger Patienten bezogen auf das Bundesgebiet noch immer eine überdurchschnittliche Summe zur Verfügung steht (die allerdings bezogen auf andere Großstädte keineswegs aus dem Rahmen fällt), konnten andere KVen auf Bundesebene eine „asymmetrische Verteilung“ der Honorare durchsetzen, was im Jahr 2011 zu einer massiven Benachteiligung Hamburgs führte.

Die Idee, das pro Patient durchschnittlich zur Verfügung stehende Geld durch „asymmetrische Verteilung“ der Honorare bundesweit anzugleichen, ist vom Tisch. Das Versorgungsstrukturgesetz sieht vor, dass die Honorarverhandlungs- und die Honorarverteilungshoheit ab dem Jahr 2012 wieder auf die Regionen übergeht. Doch die Entwicklungsmöglichkeit der budgetierten Gesamtvergütung ist dieses Jahr noch durch die

alten gesetzlichen Regelungen begrenzt. Die in 2011 eingeführte Begrenzung der extrabudgetären Vergütung für ambulante Operationen beispielsweise ist zwar aufgehoben worden. Weil

die ursprünglich vereinbarten Punktwertzuschläge nicht mehr gelten, liegt die Bewertung dieser Leistungen aber weiterhin unter den Preisen aus 2008. Somit ist derzeit leider nicht von

einer Entspannung der Honorarsituation auszugehen.

*Dieter Bollmann,
Vorsitzender des Vorstandes
der KV Hamburg*

KBV

KBV Messe
Versorgungsinnovation **2012**

27. BIS 29. FEBRUAR 2012 BERLIN
WWW.VERSORGUNGSMESSE.NET