

# Mandantenbrief

## **EBM 2000+ und Regelleistungsvolumina**

Grundlagen, Zusammenhänge und mögliche Auswirkungen für die ärztliche Tätigkeit

### **Eckpunkte des EBM 2000+**

Nun also ist es Realität. Der EBM 2000+ wurde bundesweit als Abrechnungsgrundlage zum 01.04.2005 eingeführt. Ziel ist die langfristig einheitliche, sektorenübergreifende Vergütungslogik. Grundlage hierfür sind definierte Leistungskataloge für jede Arztgruppe, die Dokumentation von Morbidität und Innovation sowie die Kalkulation von Euro-Preisen je Leistung auf realer betriebswirtschaftlicher Datengrundlage (Arztlohn und unternehmerisches Risiko Praxiskosten).

Für den Vertragsarzt bedeutet es am Ende die notwendige Reduktion von ärztlichen Leistungen in einem Maße, bei dem sich viele geforderte Geräte in der Praxis nicht mehr amortisieren und folglich lediglich die Teilung der Praxiskosten durch Kooperationen (Gemeinschaftspraxis und MVZ) noch zum Erfolg führen kann.

Neu am EBM 2000+ ist die getrennte Bewertung nach Arztleistung (AL) und Technikleistung (TL). Dabei erfolgt die Bewertung der ärztlichen Leistung über einen kalkulatorischen Arztlohn und die der technischen Leistung über Kostenumlageverfahren.

Ein weiteres Merkmal ist die Kontrolle der Mengendynamik über Leistungskomplexe. Diese greifen bereits zu fast 40 % für den Hausarzt, während Fachärzte überwiegend weiterhin bestehende Einzelleistungen nur noch dann abrechnen können, wenn Sie die Geräteausstattung für weitere Einzelleistungen vorhalten. Hiermit werden die für das Jahr 2007 geplanten morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina (Fallpauschalen) vorbereitet, um sicher zu stellen, dass die einzelnen Praxen bei gleicher Vergütung pro Fall auch eine ähnliche Kostenstruktur und Leistungsqualität aufweisen.

Größter zurzeit spürbarer Störfaktor für die weiterhin ertragreiche Gestaltung der Vertragsarztpraxen ist jedoch die Überprüfung von Überschreitungen einer angesetzten Höchstarbeitszeit von 55 Stunden die Woche. Wenn diese nicht überschritten wird, greift zudem die Zeitbegrenzung von 12 Stunden pro Tag. Durch die zeitliche Begrenzung wird die Steuerung der Mengendynamik effizient erreicht. Gerade Praxen, welche sich bei der Scheinzahl jenseits der Grenze von 1.500 Scheinen pro Quartal bewegen, werden dies umfassend zu spüren bekommen.

Wenn z.B. ein HNO-Arzt nur 15 Minuten für eine Polypen-OP benötigt, werden ihm 45 Minuten angerechnet. Die zeitliche Über-

schreitung der angesetzten zwölf Stunden pro Tag ist somit nur durch eine geringere Anzahl von Behandlungen zu verhindern.

Der Punktwert schwankt zurzeit zwischen 3,11 und 5,11 Cent und wird nach drei Ausstattungs- und Leistungsstufen unterschieden.

Die jeweilige Einstufung einer Praxis erfährt der Arzt von seiner regionalen KV.

### **Welche Auswirkungen und Vorteile können sich nun im MVZ oder in der Gemeinschaftspraxis für den Arzt ergeben?**

Hierzu müssen die Ordinationsgebühr, die Leistungskomplexe und das Regelleistungsvolumen im Jahr 2006 betrachtet werden. Das Regelleistungsvolumen wird dieses Jahr von den KVen nur probeweise eingeführt. Es stellt ein maximal abrechenbares Punktzahlvolumen pro Quartal dar, das sich aus der durchschnittlichen Fallzahl multipliziert mit der maximalen Fallpunktzahl pro Fall in der jeweiligen Fachgruppe ergibt (zu erfragen bei der regionalen KV).

Zukünftig ist folglich ein zweites Budget (Punktzahlvolumen) neben dem Zeitbudget zu beachten.

#### **1. Die Ordinationsgebühr**

Die Ordinationsgebühr ist pro Patient weiterhin nur einmal im Quartal abzurechnen und erhält in der Kooperationsgemeinschaft Zuschläge.

Das MVZ kann 15 Punkte pro Fach-

arzt und Patient, mindestens aber 60 Punkte zusätzlich auf die arithmetisch gemittelte Ordinationsgebühr erhalten. Die Gemeinschaftspraxis lediglich generell 60 Punkte.

*Beispiel: Drei Ärzte*

Arzt 1: 100 Punkte

Arzt 2: 180 Punkte

Arzt 3: 200 Punkte

Im MVZ ergäbe sich ein arithmetisches Mittel von 480 Punkten geteilt durch 3 = 160 Punkte zuzüglich  $3 \times 15 = 45$  Punkte. Da mindestens 60 Punkte addiert werden, ergibt sich eine Ordinationsgebühr von 220 Punkten im MVZ.

Hausärzte erhalten ihren wesentlichen Umsatzanteil über diese Grundvergütung. Für die Abrechnung ist ein umfassendes Anforderungsprofil definiert.

1. Ärztliche Betreuung des Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines familiären Umfeldes
2. Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
3. Einleitung rehabilitativer Maßnahmen
4. Erhebung von Behandlungsdaten und Befunden bei anderen Leistungserbringern und Übermittlung an diese
5. Dokumentation, Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der Daten.

## 2. Das arztgruppen- und arztbezogene Regelleistungsvolumen

Das arztgruppenbezogene und arztbezogene Regelleistungsvolumen stellen Teil 2 der Übergangphase zu den morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina bzw. zu den diagnosebezogenen Vergütungen dar.

Die arztgruppenbezogenen Regelleistungsvolumina sind mit dem bisherigen HVM (Honorarverteilungsmaßstab) zu vergleichen. Das zur Deckung der Kosten erforderliche Kapital wird unter Einsicht und Mitbestimmung der Kassen ermittelt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen entscheiden somit nicht mehr allein, wie das Gesamtbudget auf die einzelnen Facharztgruppen verteilt wird. Für jede Facharztgruppe ergibt sich so ein maximal abrechenbares Punktevolumen pro Patient (z.B. 1.050 Punkte für den HNO-Arzt). Dieses Punktevolumen pro Patient wird für die Ermittlung des arztbezogenen Regelleistungsvolumens benötigt. Das max. Punktevolumen pro Patient wird im Weiteren nach Altersgruppen wie folgt unterschieden:

1. 0 - 5 Jahre
2. 5 - 59 Jahre
3. Über 60 Jahre

Die Gruppen 1 und 3 werden dabei höher bewertet als die Gruppe 2.

Das arztgruppenbezogene Regelleistungsvolumen ist somit der budgetierte Facharztgruppentopf und das arztbezogene Regelleistungsvolumen das individuelle Praxisbudget.

Das arztbezogene Regelleistungsvolumen ist das Produkt aus der durchschnittlichen Fallzahl der letzten beiden Quartale des Vorjahres und der maximalen Punktzahl pro Patient in einer Fachgruppe.

lumen ist das Produkt aus der durchschnittlichen Fallzahl der letzten beiden Quartale des Vorjahres und der maximalen Punktzahl pro Patient in einer Fachgruppe.

*Beispiel: HNO Arzt*

1.000 Punkte pro Patient mal 1.000 Fälle pro Quartal – (ermittelt aus den letzten beiden Quartalen des Vorjahres) - ergibt ein Gesamtbudget von 1.000.000 Punkten pro Quartal für das laufende Jahr.

Bei Überschreitungen des Budgets kommt es zum floatenden Punktwert. Dabei wird die überschrittene Punktzahl nur noch mit 10 % des Punktwertes vergütet.

Beispiel: Jahresbudget pro Quartal sind 1.000.000 Punkte

Abgerechnet werden 1.300.000 Punkte. Die 300.000 Punkte werden jetzt nicht mehr mit 5,11 Cent, sondern nur noch mit 0,511 Cent vergütet. Für 300.000 Punkte erhält der Arzt nur noch eine Vergütung von 1.533 EUR.

Eine weitere Beschränkung erfolgt durch die Reglementierung der Fallzahl. Bei einer Fallzahlüberschreitung von über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl pro Praxis in einer Region, kommt es zu einer Abstufung von 25 % der maximalen Fallpunktzahl.

Beispiel: Fallzahl > 150 % des regionalen Durchschnitts = 750 Punkte statt 1.000 Punkte

Fallzahl > 200 % des regionalen Durchschnitts = 0 Punkte

### **Förderung der Kooperationen MVZ und Gemeinschaftspraxis**

Das Medizinische Versorgungszentrum erhält einen Zuschlag von 30 Punkten pro Facharzt und pro Patient auf die maximale Fallpunktzahl. Maximal können nur 210 Punkte zusätzlich pro Patient abgerechnet werden. Mindestens werden jedoch 130 Punkte pro Patient aufgeschlagen.

*Beispiel: Drei Ärzte gründen ein MVZ*

Arzt 1: 800 Punkte pro Fall

Arzt 2: 1.200 Punkte pro Fall

Arzt 3: 1.000 Punkte pro Fall

Aus den Fallpunktzahlen wird ein arithmetisches Mittel gebildet. Bei diesem Beispiel erhalten wir ein arithmetisches Mittel von 3.000 Punkten geteilt durch 3 = 1.000 Punkte pro Fall.

Pro Facharzt werden 30 Punkte =  $3 \times 30 = 90$  Punkte hinzuaddiert. Da jedes MVZ 130 Punkte Zuschlag erhält, werden statt 90 Punkten sogar 130 Punkte pro Fall als zusätzliches Budget ermittelt.

Somit ergibt sich eine Fallpunktzahl von 1.130 Punkten im MVZ. Bei einer Fallzahl von 3.000 Fällen ergäbe sich ein Budget von 3.390.000 Punkten.

Bei sieben Fachärzten wäre der Aufschlag 210 Punkte auf das arithmetische Mittel.

Die Gemeinschaftspraxis erhält generell 130 Punkte, jedoch keinen zusätzlichen Aufschlag pro Facharzt.

### **Auswirkungen für die Praxen**

Durch das Zusammenspiel von Regelleistungsvolumen und EBM 2000+ wird der Arzt zunehmend gezwungen sein, Kooperationen einzugehen.

Praxen mit umfassender Geräteausstattung und hoher Fallzahl werden zu den Verlierern dieser Reform gehören. Die Zeitbeschränkung im EBM 2000+ und die Fallzahlregulierung durch den floatenden Punktwert bzw. durch die Durchschnittswerte der Fachgruppen hindern den Arzt an der Erhöhung seines Regelleistungsbudgets. Die beschränkte Anzahl von Untersuchungen und Behandlungen führen zur erschwerten bis zur unmöglichen Amortisation seiner Geräteinvestitionen. Gleichzeitig werden bereits im EBM 2000+ Leistungskomplexe abgerechnet, bei denen alle Leistungen im Komplex erbracht werden müssen. Eine umfassendere Geräteausstattung ist somit erforderlich geworden.

Die verbesserte Abrechnung für Ärzte in einem MVZ durch Zuschläge auf das Regelleistungsvolumen ist nur unter Beachtung bestimmter Besonderheiten möglich. Zunächst einmal sollten die Fallzahlen und Fallpunktzahlen der beteiligten Ärzte nicht stark voneinander abweichen, da ansonsten die anschließende Gewinnverteilung nur schwer zu regeln ist. Dies

gilt jedoch nicht, wenn die Vertragsarztsitze erworben und mit angestellten Ärzten weitergeführt werden.

Zudem können die individuellen Zeitfaktoren nicht übertragen werden, so dass eine Ausschöpfung der Zuschläge zum Teil überhaupt nicht möglich ist. Jeder Arzt wird auch im MVZ auf 55 Stunden Arbeitszeit in der Woche beschränkt.

Die ideale Konstellation wäre der Zukauf eines zusätzlichen Facharztsitzes für jeden Facharzt. Hierdurch wären die Zeit- und Fallzahlbeschränkungen weitgehend aufgehoben und der Zuschlag des Regelleistungsvolumens könnte voll ausgeschöpft werden.

### **Morbiditätsorientierte Regelleistungsvolumina**

Die morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina vergüten eine Diagnose nur noch mit einem festgelegten Punktwert. Eine Aufwertung erfolgt lediglich noch über die Definition von Zusatzdiagnosen und unterschiedliche Altersklassen.

*Beispiel:*

Oberbauchschmerz = 800 Punkte

Oberbauchschmerz + chronische Erkrankung (Diabetes) = 1.000 Punkte

Oberbauchschmerz + Diabetes + Alter über 60 Jahre = 1.200 Punkte

Zeitpunkt der Einführung soll der 01.01.2007 sein.

Diese Form der Abrechnung ist vergleichbar mit den DRGs in den Krankenhäusern und hat einen deutlich erhöhten Zusatzaufwand der Doku-

mentation für die Erfassung der Nebendiagnosen zur Folge (Mehrkosten Personal und EDV).

Zudem werden hier wirtschaftliche Effizienzen vorausgesetzt. Wer bis zur Einführung im Jahr 2007 diese nicht erarbeitet hat, wird erhebliche Gewinneinbußen nicht vermeiden können.

Beispiel: Bis heute kann ein Arzt ein umfassendes Leistungsspektrum für den Oberbauchschmerz abrechnen. Hierzu gehören folgende Leistungen:

- EKG
- Sonographie
- Gastroskopie
- Labor
- Arztkontakt

Wenn der Arzt hierfür heute noch 1000 Punkte erhält, werden bei den morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina eventuell nur noch 800 Punkte vergütet, da man davon ausgeht, dass nicht alle Leistungen für die Diagnose und Therapie erforderlich sind.

Durch diese Maßnahme soll die bestehende unnötige Leistungsausweitung vermieden werden.

### **Fazit**

Der EBM 2000+ und die Regelleistungsvolumina bedeuten für die Mehrzahl aller Praxen weitreichende strukturelle Veränderungen. Da dieser Umstellungsprozess nicht kurzfristig verläuft, erhält jede Praxis über die Konvergenz-

phase die Chance, sich individuell auf die Umstellungen vorzubereiten.

Diejenigen, die hinter der Reform nur eine kurzfristige Abrechnungsänderung sehen und sich dem Reformprozess verschließen, werden spätestens nach Ablauf der Konvergenzphase oder bei der Einführung der morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina vor große Probleme gestellt.

Jeder Arzt ist daher gut beraten, wenn er sich zeitnah mit der Thematik befasst, Informationen zu seiner Fachgruppe sammelt und initiativ wird, damit er mit seiner Praxis mit der richtigen Strategie den Veränderungen entgegenreten kann und für die Zukunft richtig aufgestellt ist.