

## EBM-Reform

# Budgets als Bremse für die Mengenenwicklung

Die Menge der abgerechneten kassenärztlichen Leistungen ist im ersten Quartal mit dem neuen EBM offenbar sehr viel stärker gestiegen als erwartet. Die inzwischen vorliegenden Abrechnungsergebnisse aus den Kassenärztlichen Vereinigungen weisen eine Zunahme der Punktzahlanforderungen um rund 30 Prozent aus und lassen ein drastisches Absinken der Punktwerte befürchten. Damit ist eine Situation eingetreten, die die KBV zum unverzüglichen Handeln zwingt, will man nicht einzelne Arztgruppen oder eine große Zahl von Ärzten in ernsthafte wirtschaftliche Schwierigkeiten bringen.

**D**aß die Auswirkungen des neuen EBM auf die Honorarentwicklung der Kassenärzte im voraus nicht sicher kalkulierbar sein würden, war sowohl der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch den Spitzenverbänden der Krankenkassen bei der Verabschiedung der Reform bewußt. Die jetzt eingetretene Situation überrascht dennoch. Mit Punktzahlsteigerungen um durchschnittlich 30 Prozent hat offenbar niemand gerechnet.

Den bis jetzt vorliegenden Abrechnungsergebnissen des ersten Quartals zufolge sind vor allem die neugefaßten Beratungs- und Betreuungsleistungen von den Ärzten in sehr starkem Maße angenommen worden. Nach der Systematik der Honorarberechnung führt eine erhebliche Steigerung der abgerechneten Punktzahlen zu fallenden Punktwerten. Daß heißt: Je mehr Leistungen von den Ärzten insgesamt abgerechnet werden, desto weniger ist die einzelne Leistung schließlich wert. Geringere Punktwerte müssen jedoch nicht zwangsläufig zu einem geringeren Einkommen führen – nämlich dann nicht, wenn das Mehr an Punktzahlen das Weniger an Punktwerten aufwiegt.

Für die Bewertung der Abrechnungsergebnisse des ersten Quartals nach dem neuen EBM ist dieser Umstand von großer Bedeutung. Problematisch wird es dann, wenn nicht alle Ärzte gleichermaßen an der Entwicklung der Punktzahlen teilgenommen haben. In diesem Fall

führt ein niedrigerer Punktwert zu beträchtlichen Umsatzeinbußen, die Arztpraxen an den Rand des Ruins bringen können.

So weit will es die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf keinen Fall kommen lassen. Unter dem Eindruck alarmierender Berichte aus den Kassenärztlichen Vereinigungen beschloß der Länderausschuß der KBV Sofortmaßnahmen zur Entschärfung der Situation. Das Gremium griff dabei auf die Beschlußfassung des Bewertungsausschusses vom März 1996 zurück, die den jetzt notwendigen Handlungsrahmen eröffnet. Danach können arztgruppenbezogene Budgets für bestimmte Leistungen gebildet werden – beispielsweise für die Gesprächsleistungen nach den EBM-Nummern 10, 11, 17 (18) sowie gegebenenfalls 42 und 851.

## Dringender Korrekturbedarf

Möglich ist dies der Vereinbarung zufolge, wenn die Punktzahlanforderungen des ersten Quartals 1996 das Punktzahlvolumen des ersten Quartals 1994 um mehr als 20 Prozent überschreiten. Der Länderausschuß hält dies für gegeben und schlägt deshalb die Budgetbildung für das zweite Quartal 1996 vor.

Die Budgetbildung soll jedoch auch schon rückwirkend für das erste Quartal 1996 Platz greifen. Dafür bedarf es weiterer Voraussetzungen. Diese sind gegeben, wenn auf Bun-

desebene aufgrund des neuen EBM gegenüber dem ersten Quartal 1995

- eine *Arztgruppe* im Sinne der Bedarfsplanungs-Richtlinien (mehr als 1000 Vertragsärzte im Bundesgebiet) mit ihren Punktzahlanforderungen je Praxis den durchschnittlichen Punktzahlanstieg um mehr als 20 Prozentpunkte unterschreitet; oder

- 25 Prozent *aller* Ärzte einen Punktzahlnuwachs erreichen, der gegenüber dem Gesamtnuwachs um 20 Prozentpunkte niedriger liegt.

Mit einem weiteren Beschluß reagierte der Länderausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 20. März dieses Jahres. Das Gericht hat das Überweisungsverbot von Laborleistungen aus dem EBM-Kapitel O I aufgehoben. Vor diesem Hintergrund hält es der Länderausschuß für notwendig, die veranlaßten O I-Leistungen zu erfassen und dem Budget des veranlassenden Arztes hinzuzurechnen.

Danach sollen die auftragsausführenden Ärzte (zumeist Laborärzte) durch eine Vereinbarung im Bundesmantelvertrag verpflichtet werden, mit ihrer Quartalsabrechnung die Arztnummern der auftragserteilenden Ärzte und die aus den Überweisungen resultierenden O I-Punktzahlen zu deklarieren. Alternativ dazu wäre ferner eine Abrechnungsregelung im Bundesmantelvertrag denkbar, die auf eine Eigenerklärung der auftragserteilenden Ärzte hinausläuft. Die näheren Einzelheiten soll eine Arbeitsgruppe aus sachkundigen Mitarbeitern der KBV und der KVen klären.

Mit einem sehr viel weiter gehenden Auftrag wird sich der KBV-Vorstand in den nächsten Wochen befassen. Er soll in Abstimmung mit dem Länderausschuß ein Konzept für eine *fachgruppenspezifische, fallzahlabhängige Budgetregelung* erarbeiten. Eventuell sollen die Leistungen nach dem Kapitel O I des EBM darin einbezogen werden.

Die Regelung soll bereits zum 1. Juli 1996 in Kraft treten können, wenn bis dahin gesicherte Abrechnungsdaten nach dem neuen EBM einen solchen Schritt notwendig erscheinen lassen. Josef Maus