



Honorarreform: Transparenz über die voraussichtliche Umsatz- und Ertragsentwicklung 2009.

Mit dem Abschluss der regionalen Vergütungsverhandlungen sind die Würfel in der Honorarreform erst einmal gefallen. Die Gesamtbilanz sieht so aus, dass die gesetzlichen Krankenkassen unter den Finanzierungsbedingungen des Gesundheitsfonds darauf bestanden haben, die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen 1:1 umzusetzen.

Es ist den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nur in einem geringen Umfang gelungen, den Krankenkassen zusätzliche finanzielle Zugeständnisse abzurufen.

Der finanzielle Zuwachs der Gesamtvergütungen der KVen liegt damit für das Jahr 2009 auf der Bundesebene bei insgesamt 3 Mrd. Euro gegenüber den Ausgaben im Jahre 2007, mit deutlich unterschiedlichen Zuwachsraten auf der regionalen Ebene.

Allerdings sind solche Berechnungen mit großer Vorsicht zu genießen, da die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung nur dann in vollem Umfang ausgezahlt wird, wenn alle Vertragsärzte ihr fallzahlbezogenes Regelleistungsvolumen voll ausgeschöpft haben. Der Punktwert für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen liegt bundesweit bei 3,5001 Cent.

Entscheidende Bedeutung für die Umsatz- und Ertragsentwicklung im Jahre 2009 hat die Höhe der arztbezogenen Regelleistungsvolumina. Die KVen teilen in diesen Tagen den Vertragsärzten die entsprechenden Werte mit. Für die niedergelassenen Ärzte kommt es darauf an, auf dieser Grundlage möglichst frühzeitig Daten zu erheben, die eine zuverlässige Einschätzung der künftigen Umsatz- und Ertragsentwicklung erlauben.

So gewinnt der Vertragsarzt einen Überblick über die künftige Umsatz- und Ertragsentwicklung:

1. Aufschluss über die „Ausgangslage“, das ist der Umfang und die Struktur der nach dem EBM 2008 in den letzten Quartalen abgerechneten Leistungen, vermittelt die Frequenzstatistik der KV.
2. Die Höhe des arztbezogenen Regelleistungsvolumens wird von der KV festgestellt. Sie ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der praxisindividuellen Fallzahl.
3. Arztgruppen- und schwerpunktgleiche (Teil-)Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erhalten einen Zuschlag von 10 Prozent auf das Regelleistungsvolumen und auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen.

4. Anhand der Leistungsfrequenzen kann der Arzt Aufschluss darüber erreichen, ob und in welchem Umfang er voraussichtlich sein Regelleistungsvolumen ausschöpfen wird.
5. Innerhalb des Regelleistungsvolumens werden die Leistungen mit der regionalen Euro-Vergütung bezahlt, die sich aus der Punktzahl multipliziert mit einem Punktwert von 3,5001 Cent ergibt.
6. Leistungen außerhalb der Grenzen des Regelleistungsvolumens werden mit einem abgestaffelten Punktwert bezahlt. Dessen Höhe wird erst am Quartalsende festgestellt.
7. Wichtig ist auch die Feststellung, ob und in welchem Umfang der Vertragsarzt Leistungen erbringt, die künftig außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden. Maßgebend ist hier künftig der vertraglich vereinbarte Punktwert.
8. Für die Hausärzte ist die Frequenz der Leistungen von Gewicht, die im Rahmen eines Qualitätsbudgets zusätzlich zum Regelleistungsvolumen vergütet werden.
9. **Ab 1. Januar 2009 gibt es folgende Fallwertzuschläge für die Hausärzte:**

- Sonographie: 3,50 Euro
- Psychosomatik: 3,00 Euro
- Prokto-/Rektoskopie: 1,00 Euro
- Kleinchirurgie: 1,50 Euro
- Langzeit-EKG: 1,00 Euro
- Langzeit-Blutdruckmessung: 1,00 Euro
- Spirometrie: 1,00 Euro
- Ergometrie: 1,50 Euro
- Chirotherapie: 1,00 Euro

Die Höhe des Budgets für diese qualifikationsgebundenen Leistungen ergibt sich – analog zur Berechnungssystematik der Regelleistungsvolumina – aus der Multiplikation der kurativ-ambulanten Arztfallzahl des entsprechenden Quartals des Jahres 2007 mit der genannten Euro-Vergütung.