

# Facharzt – Was nun?

## Informationen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### Einheitlicher Bewertungsmaßstab EBM

Der Wert der von niedergelassenen Vertragsärzten, also der Ärzte, die zur Behandlung von Versicherten der Gesetzlichen Krankenkassen und deren Familienangehörigen zugelassen sind, erbrachten Leistungen wird im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt.

Den EBM vereinbarten die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der Spitzenverband der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) gemeinsam in Bewertungsausschüssen. Auf Bundesebene ist der Erweiterte Bewertungsausschuss paritätisch mit jeweils drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung bestellten Vertretern der Ärzte und drei Vertretern des GKV-Spitzenverbandes mit alternierendem Vorsitz besetzt.

Der jeweils gültige EBM legt verbindlich fest, welche ärztlichen Leistungen gegenüber der GKV wie abgerechnet werden können. Bei der Vereinbarung des EBM müssen die Vertragspartner, also KBV und der GKV-Spitzenverband, die vom Gesetzgeber erlassenen Vorgaben berücksichtigen. So zum Beispiel die Aufteilung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Honorarteil. Die Folge ist, dass bestimmte Leistungen nur von Hausärzten abgerechnet werden dürfen, andere wiederum nur von Fachärzten.

In früheren Versionen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wurden die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen nicht direkt mit Euro-Preisen bewertet. Vielmehr erhielt jede Leistung eine Punktzahl, mit der sie bewertet wurde. Die Vergütungshöhe einer Leistung ergab sich erst durch die Multiplikation der Punktzahl einer Leistung mit dem jeweiligen Punktwert – einem in Cent ausgedrückten Wert jedes einzelnen Abrechnungspunktes.

### EBM 2009

Seit dem 1. Januar 2009 gilt der EBM 2009, auch Euro-Gebührenordnung genannt, der auf regional geltenden festen Euro- und Cent-Werten beruht. Dieser orientiert sich stärker an der Entwicklung der Kostenstrukturen der Arztpraxen und der Morbidität der zu behandelnden Patienten. Die bisherige Begrenzung möglicher Steigerungen ist nicht mehr auf die Entwicklung der Grundlohnrate begrenzt, also budgetiert. Im selben Zuge wurden die Honorare der Vertragsärzte in den neuen Bundesländern auf 95 Prozent des Westniveaus angehoben.

Auf die Punktzahlen wird nicht gänzlich verzichtet: Denn konkret ergeben sich die Euro- und Cent-Werte für eine Leistung aus der Multiplikation des regional festgelegten Punktwertes einer Leistung mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent.

Der EBM 2009 trat zeitgleich mit der Einführung des Gesundheitsfonds und dem morbiditätsorientierten Risikostrukturausgleich (Morbi-RSA) in Kraft. Allerdings gab es mit der Einführung erhebliche Probleme, weil verschiedene Facharzt-Gruppen trotz einer insgesamt um mehr als drei Milliarden Euro angehobenen Vergütung der Vertragsärzte in Deutschland erheblich niedrigere Vergütungen erzielten. Dagegen gab es massive Proteste, die dazu führten, dass vor allem die neu eingeführten Regelleistungsvolumina in manchen Kassenärztlichen Vereinigungen nur zögerlich umgesetzt wurden.

# Facharzt – Was nun?

## Informationen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### Regelleistungsvolumen

Neu ist das so genannte Regelleistungsvolumen (RLV) in Euro, das im Vorhinein für jede Vertragsarztpraxis festgelegt ist. Es baut jeweils auf der Anzahl der Patienten auf, die der einzelne Vertragsarzt im Vorjahresquartal behandelt hat. Diese Patientenzahl wird mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert multipliziert und ergibt so das Regelleistungsvolumen der einzelnen Vertragsarztpraxis. Ein Gewichtungsfaktor bezieht zudem das Patientenalter ein. Nach der Abstufungsregelung werden zudem Fälle, die mehr als 50 Prozent über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, nur eingeschränkt berücksichtigt.

Für die Berechnung des RLV werden ausschließlich ambulant-kurative Behandlungsfälle berücksichtigt, nicht aber zum Beispiel Behandlungen im organisierten Notfalldienst.

Leistungen wie Prävention, Impfungen oder Ambulantes Operieren und Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen werden vollständig außerhalb des Regelleistungsvolumens vergütet, so dass sie keinen Mengenbegrenzungen unterliegen.

### Beispiele für die Berechnung des Regelleistungsvolumens (Quelle: KV Berlin)

#### Beispiel 1

Die Fallzahl von Dr. H. Weiß lag im ersten Quartal 2008 bei 1.000 Fällen. Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe lag bei 800. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe betrug 35 Euro.

Das RLV berechnet sich wie folgt:  
 $35 \text{ Euro} \times 1.000 = 35.000 \text{ Euro}$ .

Da Dr. Weiß mehr Rentner als der Durchschnitt versorgt, wird ein Gewichtungsfaktor in Höhe von 1,1 angesetzt.

Das RLV beträgt also  
 $35.000 \text{ Euro} \times 1,1 = 38.500 \text{ Euro}$ .

#### Beispiel 2

Die Fallzahl von Dr. S. Habermann lag im ersten Quartal 2008 bei 1.800 Fällen. Die durchschnittliche Fallzahl ihrer Arztgruppe lag bei 800. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe betrug 35 Euro.

Das RLV berechnet sich wie folgt:

- 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppen sind 1.200 Fälle. Für diese erhält Dr. Habermann einen Fallwert von 35 Euro.
- Zwischen 150 und 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 160 Fälle. Für diese erhält sie 75 Prozent des Fallwertes, sprich 26,25 Euro.
- Zwischen 170 und 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 240 Fälle. Für diese bekommt Dr. Habermann 50 Prozent des Fallwertes, also 17,50 Euro.
- Über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind noch 200 Fälle. Für diese fallen 25 Prozent des Fallwertes, 8,75 Euro, an.

Das RLV liegt somit bei:

35,00 Euro	X	1.200 Fälle
+ 26,25 Euro	X	160 Fälle
+ 17,50 Euro x	X	240 Fälle
8,75 Euro	X	200 Fälle
<hr/>		
	?	= 52.150 Euro

Da Dr. Habermann mehr Rentner als der Durchschnitt versorgt, wird ein Gewichtungsfaktor in Höhe von 1,1 angesetzt.

Das RLV beträgt also  
 $52.150 \text{ Euro} \times 1,1 = 57.365 \text{ Euro}$ .

# Facharzt – Was nun?

## Informationen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### Neuniederlassung – wie wird das Regelleistungsvolumen festgelegt?

Für diesen Fall gibt es in jeder Kassenärztlichen Vereinigung (KV) voneinander abweichende Regelungen.

#### Regelung der KV Nordrhein

Ärzte, die ab 1. Januar 2007 neu niedergelassen sind, erhalten für die Dauer von zwölf Quartalen mindestens das arztgruppendurchschnittliche RLV für das jeweilige Quartal. Haben ihre eigenen Werte oder die eines Praxisvorgängers im Vorjahresquartal bereits den arztgruppenspezifischen Durchschnitt überschritten, erhalten sie das höhere RLV. Die Anstellung – mit Ausnahme der Anstellung im Jobsharing – steht dabei der Neuzulassung gleich.

#### Regelung der KV Berlin

Wenn es einen Vorgänger gibt, bemisst sich das Regelleistungsvolumen an der Fallzahl des Vorgängers. Hatte dieser im betreffenden Vergleichsquartal eine extrem niedrige Fallzahl, zum Beispiel wegen Krankheit, Urlaub usw., dann werden mindestens 50 Prozent der Durchschnittsfallzahl der gesamten Arztgruppe für das Regelleistungsvolumen zugrunde gelegt. Bei Überschreitung der Fallzahl Startquartal werden die Fallzahlen bis zum Fallzahldurchschnitt der gesamten Arztgruppe berücksichtigt. Nach Ablauf von 12 Quartalen seit Niederlassung berechnet sich das Regelleistungsvolumen nach der Fallzahl des Vorjahresquartals.

### Abrechnung der Vertragsarztpraxis

Die im Quartal für Kassenpatienten erbrachten Leistungen werden jeweils zum Quartalsende abgerechnet. Die Abrechnung erfolgt gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, in deren Gebiet sich die Vertragsarztpraxis befindet und deren Mitglied der Vertragsarzt sein muss.

Seit Anfang 2008 sind Ärzte und Psychotherapeuten per Gesetz verpflichtet, ihre Leistungen auf elektronischem Wege abzurechnen. Entsprechend müssen sie die Aufstellung ihrer medizinischen Leistungen per Diskette oder CD-ROM bei ihrer zuständigen KV einreichen.

### Elektronische Abrechnung

Um per Diskette oder CD-ROM abrechnen zu dürfen, benötigen Ärzte und Psychotherapeuten eine so genannte ADT-Zulassung.

Die Voraussetzungen dafür sind:

- Besitz eines von der KBV zugelassenen Abrechnungssystems
- Antrag auf Zulassung zur ADT-Abrechnung bei der zuständigen KV
- Einreichen einer Probeabrechnung auf Diskette oder CD-ROM für einen beliebigen Monat aus dem ersten Quartal nach der Antragstellung
- anschließende Bestätigung der KV über Zulassung zur ADT-Abrechnung

Die KV überprüft nach Abgabe der Quartalsabrechnung zunächst sämtliche Abrechnungsdaten auf Richtigkeit und Plausibilität. Im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung soll sichergestellt werden, dass der Vertragsarzt bestimmte Vorschriften für die wirtschaftliche Behandlung in der Vertragsarztpraxis einhält.

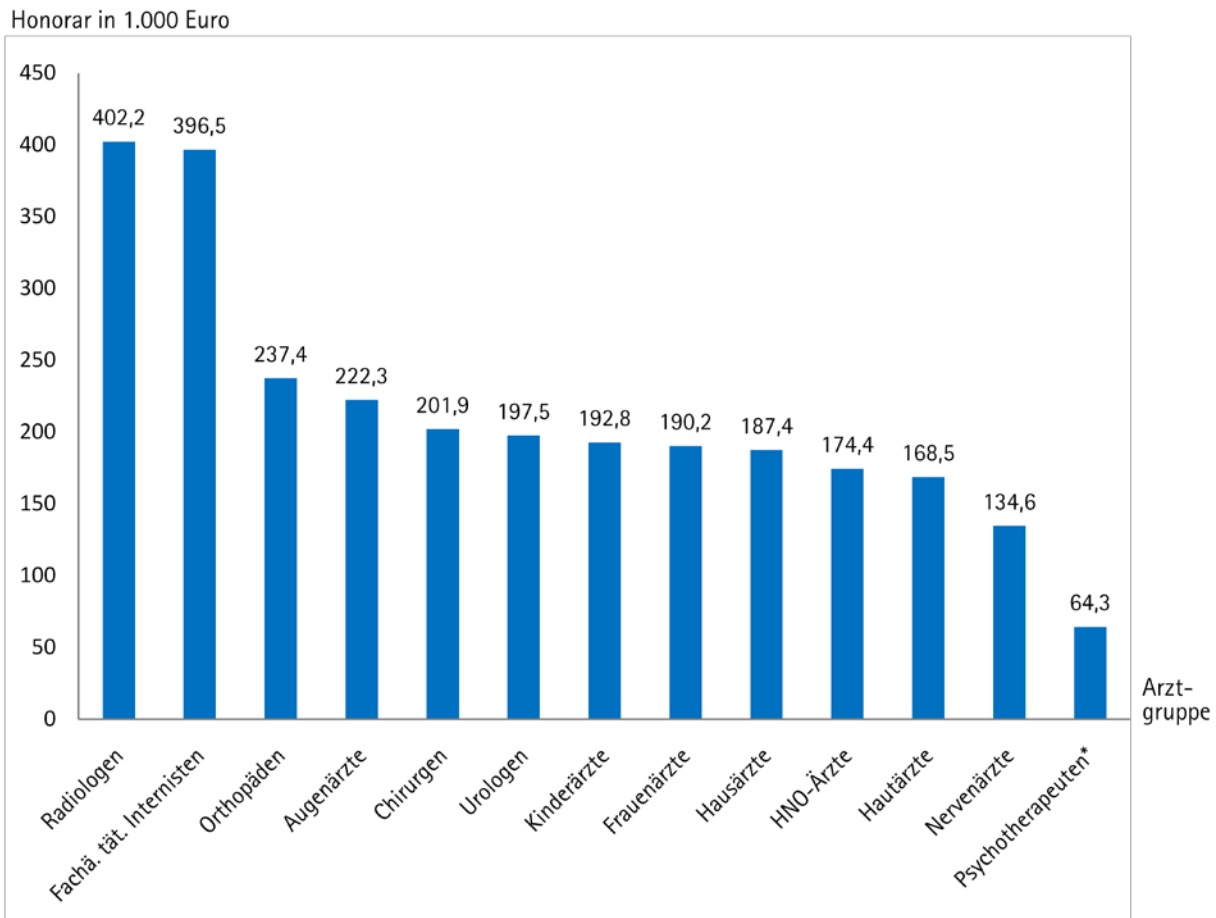
Danach erfolgt die Honorarverteilung – Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erhalten den ihnen jeweils zustehenden Anteil aus der Gesamtvergütung. Die Honorarverteilung erfolgt entsprechend dem Honorarvertrag, den die KV auf Basis bundesweit geltender Regelungen mit den Krankenkassen geschlossen hat. Die KV ihrerseits erhält von den gesetzlichen Krankenkassen eine Gesamtvergütung, die sie ihrerseits auf die Vertragsärztinnen und Vertragsärzte verteilt.

# Facharzt – Was nun?

## Informationen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### Honorare je Arzt<sup>1)</sup> nach Facharztgruppen im Jahr 2007 in Deutschland

Wie hoch die durchschnittlichen Honorare je Facharztgruppe im Jahr 2007 waren, geht aus der nachfolgenden Grafik hervor. (vgl. HNO-Ärzte)



\* Einschließlich Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

\*\* ohne Berlin (Ost)

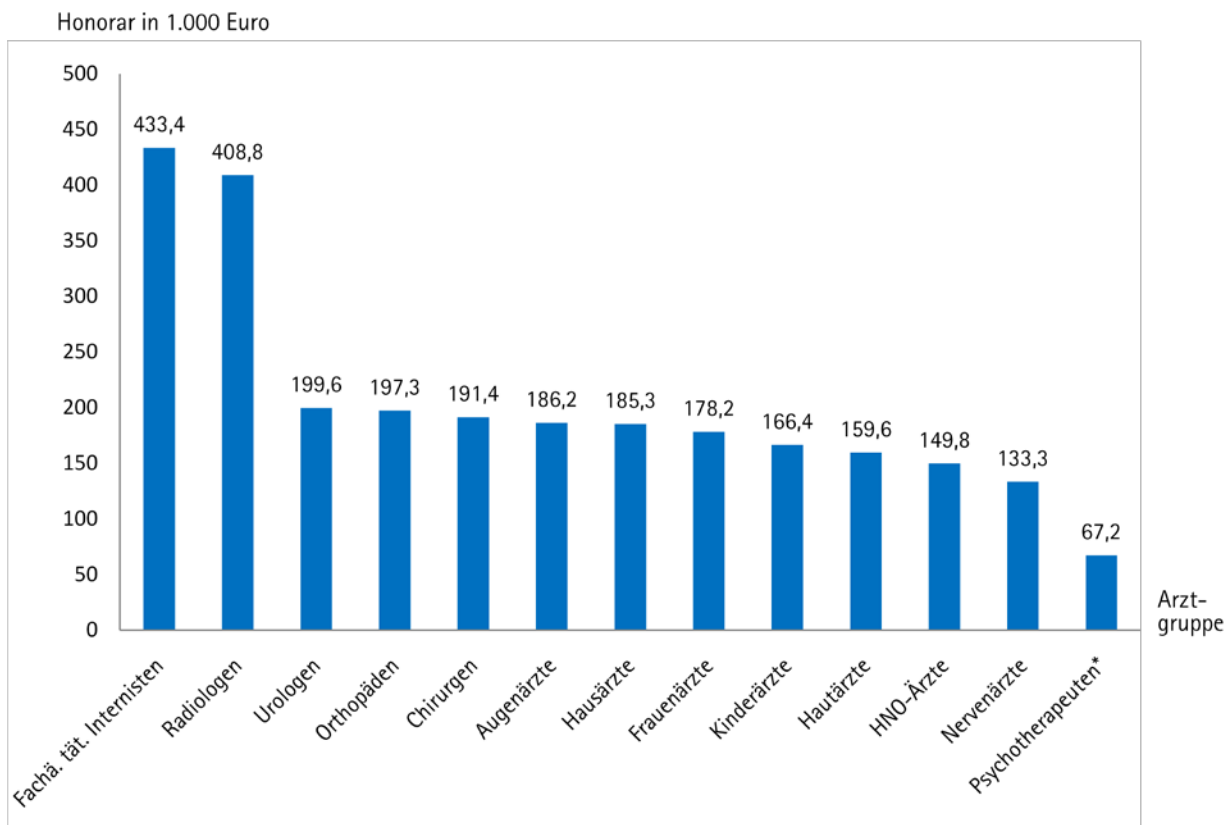
Basis: Vertragsärzte mit vier Quartalsabrechnungen im Jahr, ohne Ärzte in fachgruppenübergreifenden Praxen

# Facharzt – Was nun?

## Informationen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### Honorare je Arzt\* nach Facharztgruppen im Jahr 2007 – Neue Bundesländer\*\*

Nach wie vor gibt es – bezogen auf die durchschnittlichen jährlichen Gesamthonorare – zum Teil deutliche Honorarunterschiede zwischen den Vertragsärzten in den östlichen und westlichen Bundesländern. Dabei fallen die Abweichungen nicht nur zu Ungunsten der Vertragsärzte in den östlichen Bundesländern aus. Zum Teil liegen die durchschnittlichen Honorare in einzelnen Facharztgruppen in den östlichen Bundesländern bereits 2007 über denen in den westlichen Bundesländern. (vgl. HNO-Ärzte)



\* Einschließlich Psychologischer Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

\*\* ohne Berlin (Ost)

Basis: Vertragsärzte mit vier Quartalsabrechnungen im Jahr, ohne Ärzte in fachgruppenübergreifenden Praxen

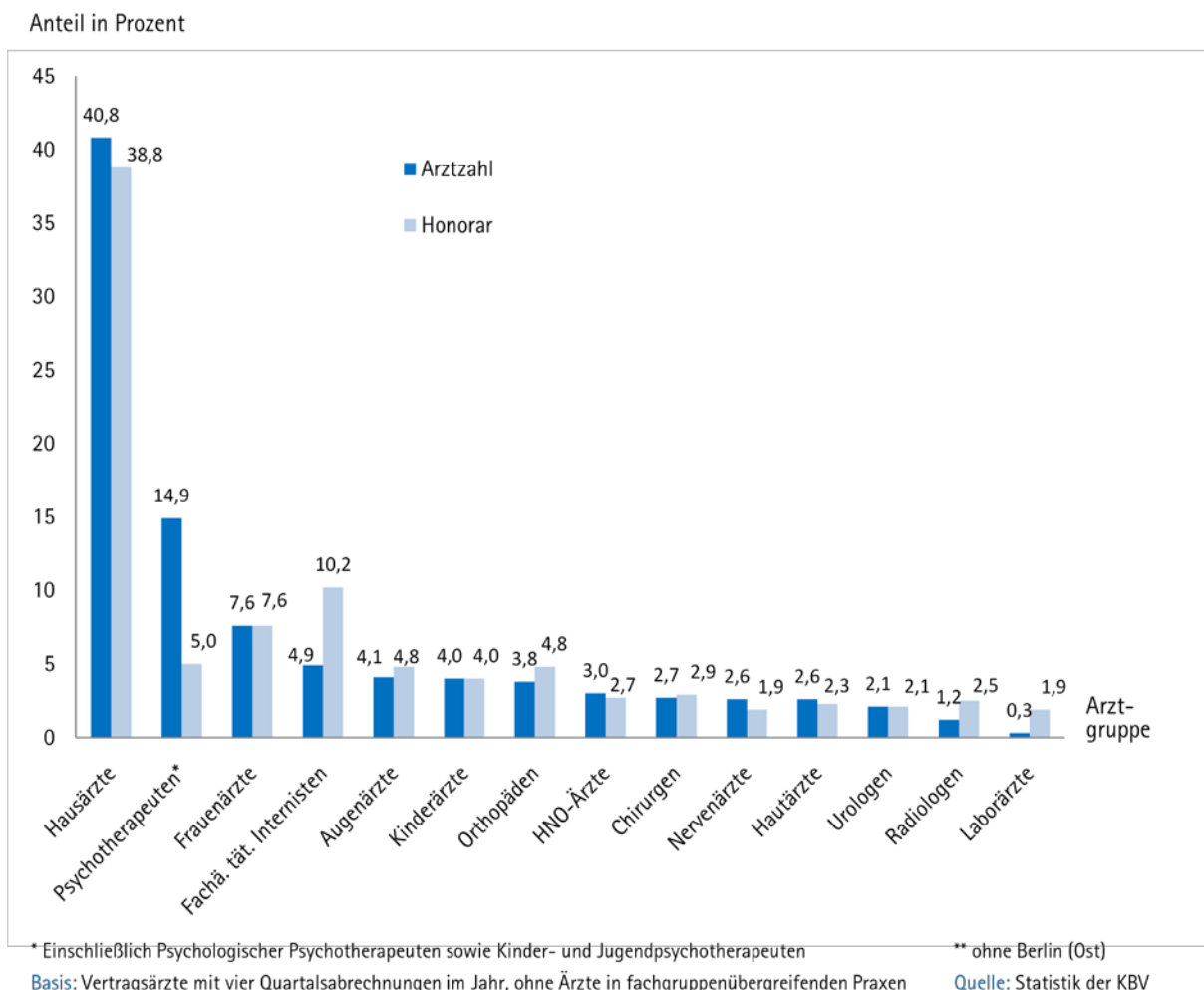
Quelle: Statistik der KBV

# Facharzt – Was nun?

## Informationen zum einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)

### Anteil der Anzahl der Vertragsärzte und des Honorars aus vertragsärztlicher Tätigkeit 2007 bei ausgewählten Arztgruppen<sup>1)</sup>

Zwischen den verschiedenen Facharztgruppen bestehen zum Teil deutliche Einkommensunterschiede. Diese Differenzen zeigen sich auch, wenn man den zahlenmäßigen Anteil der jeweiligen Facharztgruppe mit dem Anteil am Gesamthonorar aller Vertragsärzte in Deutschland vergleicht, den diese Facharztgruppe jeweils erwirtschaftet. Dabei zeigt sich, dass fachärztlich tätige Internisten zwar nur 4,9 Prozent aller Vertragsärzte stellen, aber 10,2 Prozent des gesamten Honorarvolumens beanspruchen. Dagegen stellen Psychotherapeuten 14,9 Prozent aller Vertragsärzte und -psychotherapeuten, erhalten aber nur 5,0 Prozent des gesamten vertragsärztlichen Honorars.



## Abrechnende Vertragsärzte<sup>1)</sup>, Abrechnungsfälle und Honorar 1996 bis 2007

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Entwicklung der Zahl der Vertragsärzte in Deutschland seit dem Jahr 1996. Gleichzeitig bietet sie Informationen zu der Zahl der von diesen Vertragsärzten abgerechneten Behandlungsfälle sowie des insgesamt und pro Fall erlöstes Honorars. Das Honorar pro Fall ist von 39,60 Euro im Jahr 1996 auf 54,90 Euro im Jahr 2007 gestiegen.

Jahr	Ärzte		Fälle		Fälle je Arzt		Honorar		Honorar je Fall		Ausgaben je Mitglied		Fälle je Mitglied	
	Anzahl	Veränd. z. Vj. in %	Anzahl in 1 000	Veränd. z. Vj. in %	Anzahl	Veränd. z. Vj. in %	in 1 000 Euro	Veränd. z. Vj. in %	in Euro	Veränd. z. Vj. in %	in Euro	Veränd. z. Vj. in %	Anzahl	Veränd. z. Vj. in %
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14

gesamtes Bundesgebiet														
1996	107 071	•	508 810,4	•	4 752	•	20 134 307,9	•	39,6	•	396,3	•	10,0	•
1997	108 734	1,6	523 184,3	2,8	4 812	1,3	20 427 642,8	1,5	39,0	-1,3	401,9	1,4	10,3	2,8
1998	110 339	1,5	532 249,0	1,7	4 824	0,3	20 605 073,2	0,9	38,7	-0,8	406,7	1,2	10,5	2,1
1999 <sup>1)</sup>	121 930	•	551 026,1	•	4 519	•	21 660 347,4	•	39,3	•	425,5	•	10,8	•
2000	126 487	3,7	557 136,9	1,1	4 405	-2,5	22 465 913,9	3,7	40,3	2,6	440,3	3,5	10,9	0,9
2001	128 333	1,5	565 365,4	1,5	4 405	0,0	23 228 682,9	3,4	41,1	1,9	455,5	3,5	11,1	1,5
2002	131 251	2,3	573 037,4	1,4	4 366	-0,9	23 812 849,0	2,5	41,6	1,1	467,2	2,6	11,2	1,4
2003	129 950	-1,0	582 699,4	1,7	4 484	2,7	24 179 265,8	1,5	41,5	-0,1	476,4	2,0	11,5	2,1
2004	130 278	0,3	540 502,5	-7,2	4 149	-7,5	24 100 969,6	-0,3	44,6	7,5	476,1	-0,1	10,7	-7,0
2005 <sup>2)</sup>	133 239	•	480 707,1	•	3 608	•	24 802 885,7	•	51,6	•	492,0	•	9,5	•
2006	134 780	1,2	463 126,5	-3,7	3 436	-4,8	25 553 126,8	3,0	55,2	6,9	506,3	2,9	9,2	-3,8
2007	135 683	0,7	472 005,8	1,9	3 479	1,2	25 900 884,8	1,4	54,9	-0,5	510,4	0,8	9,3	1,4

1) ab 1999 einschließlich Psychologischer Psychotherapeuten

3) veränderte Zählung durch Einführung des neuen EBM

Quelle: Statistik der KBV