

Dr. Ulrich Oesingmann

Der EBM-Entwurf realisiert die angestrebten Ziele

Dr. Ulrich Oesingmann (Dortmund), der im Frühjahr 1986 die Leitung des Vorstandsausschusses, der eigens für die EBM-Reformarbeit eingesetzt worden war, anstelle des erkrankten Dr. Klaus Dehler übernommen hatte, legte im einzelnen dar, welche Arbeitsergebnisse erzielt wurden, seit die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung fast auf den Tag genau ein Jahr zuvor (am 7. Dezember 1985) Leitlinien für das Reformvorhaben des Vorstandes gegeben hatte.

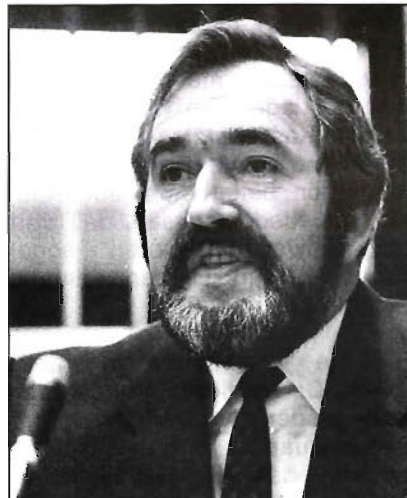
Oesingmann listete einleitend noch einmal den Katalog von Zielen und Schwerpunkten auf, die aus dem Auftrag der Vertreterversammlung resultierten, nämlich

- eine Angemessenheit der Honorierung von Leistungen mit hohem persönlichen Einsatz, Engagement und intensiver Zuwendung zu bewirken,
- eine Ausgewogenheit der Bewertungen der Leistungen und Leistungsgruppen untereinander durch Korrektur bestehender Ungleichgewichte zu erzielen,
- die Erhaltung moderner Medizintechnik in der ambulanten Praxis zu ermöglichen,
- neue Leistungen als Bestandteile der kassenärztlichen Versorgung in den EBM aufzunehmen
- und die notwendigen Änderungen der Texte des EBM zur Vermeidung von Fehlinterpretationen und Mißdeutungen vorzunehmen.

Dr. Oesingmann gab der Überzeugung Ausdruck, daß mit dem jetzt den Delegierten der Vertreterversammlung vorgelegten EBM-Ent-

wurf die vorgegebenen Ziele erreicht werden. Eines vorweg: Der Entwurf enthält bereits 26 Prozent *weniger* Nummern als die noch gültigen Gebührenordnungen.

Auch die Ergebnisse des von der Vertreterversammlung der KBV in München am 5. April 1986 initiierten Modellversuchs wertete Dr.



Dr. med. Ulrich Oesingmann (Dortmund) bei seinen Ausführungen

Oesingmann positiv: Die Honorarbewegungen finden nämlich in die beabsichtigte Richtung statt, und das zur Umschichtung vorgesehene Honorarvolumen wird nicht überschritten. Von den 600 Ärzten, die im dritten Quartal 1986 zehn neue Grundleistungen in 675 000 Behandlungsfällen erprobt haben, sind – so Dr. Oesingmann – „die neuen Leistungsbeschreibungen . . . weit überwiegend als verständlich, praktikabel und ohne große Probleme zuordnungsfähig bezeichnet worden. Honorarminde- rungen, die im Laborbereich un- umgänglich sind, können durch Erbringung der neu formulierten

und neu bewerteten Leistungen angemessen ausgeglichen werden. Selbstverständlich haben wir aber auch unter Berücksichtigung der aus dem Modellversuch gewonnenen Erkenntnisse Änderungen sowohl an Leistungslegenden als an Bewertungen vorgenommen.“

Die Delegierten könnten, so folgerte Oesingmann, erkennen, daß sich trotz erheblicher Umstrukturierungen eine ausgeglichene Bilanz ergibt, was allerdings nur gilt, wenn keine ungerechtfertigten Mengenausweitungen stattfinden und der Zuwachs der Abrechnungsfrequenzen den bisherigen entspricht, und wenn man unterstellt, daß der Punktwert im RVO-Bereich zehn Pfennige und im Ersatzkassenbereich 11,5 Pfennige betragen wird.

Viele Vorschläge wurden berücksichtigt

Der vorgelegte EBM-Entwurf enthält eine Vielzahl von Vorschlägen aller Berufsverbände, der wissenschaftlichen Gesellschaften und der Kassenärztlichen Vereinigungen, auch solche, die schon im Laufe der Jahre der KBV vorgelegt worden sind. Ausmaß und Ablauf der darauf basierenden Reformarbeit lassen sich aus der nüchternen Schilderung Dr. Oesingmanns erkennen:

► „Alle Leistungen mußten auf die Angemessenheit ihrer Bewertung überprüft werden. Unter Berücksichtigung der allgemeinen und besonderen Kosten und des ärztlichen Einsatzes wurde nicht nur auf eine angemessene Bewertung der Leistungen innerhalb eines Kapitels geachtet, sondern es war auch eine Angleichung der Bewertungen von Leistungen mit vergleichbarem, apparativem und personellem Aufwand zwischen unterschiedlichen Gebührenordnungskapiteln notwendig. Danach mußten unterbewertete Leistungen aufgewertet werden. Es war aber ebenso erforderlich, ver-

Gemeinsame Erklärung

der Spitzenverbände der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

zur geplanten Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes

anlässlich ihres Treffens am 27. November 1986 in Köln

1. Der vorliegende Entwurf eines Einheitlichen Bewertungsmaßstabes wird von den Vertragsparteien als im Grundsatz richtig angesehen, da er den Zielvorgaben der Reform Rechnung trägt. Noch offene Einzelfragen sollen bis Anfang Februar einvernehmlich geklärt werden.

2. Erste vorläufige Modellberechnungen lassen die Annahme zu, daß den nach den Ergebnissen des Modellversuchs „Grundleistungen“ erwartbaren Mehrausgaben entsprechende Einsparungen in anderen Leistungskapiteln, insbesondere im Labor sowie in der Strahlendiagnostik, gegenüberstehen. Verbesserungen von Honoraransätzen in anderen Leistungskapiteln werden gleichfalls durch niedrigere Bewertungen ausgeglichen. Nach den angestellten Berechnungen ist die gewünschte Kostenneutralität bei der Umstrukturierung und Neubewertung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes erreichbar.

3. Sichere Erkenntnisse über die finanziellen Auswirkungen der neuen Strukturen und Bewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes lassen sich allein durch seine direkte Anwendung durch alle Kassen-/Vertragsärzte gewinnen. Dementsprechend sollen die auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes entwickelten Vertragsgebührenordnungen ab 1. Juli 1987 in Kraft treten. Nach Vorliegen erster Abrechnungsergebnisse werden die Vertragspartner prüfen, ob und inwieweit Korrekturen im Leistungsgefüge sowie in der Bewertung notwendig werden. □

schiedene Leistungen in ihrer Bewertung zu mindern. Es war also einerseits ein Horizontalabgleich der Bewertungen von Leistungen zwischen den verschiedenen Kapiteln und andererseits ein Vertikalabgleich innerhalb des Kapitels durchzuführen.“

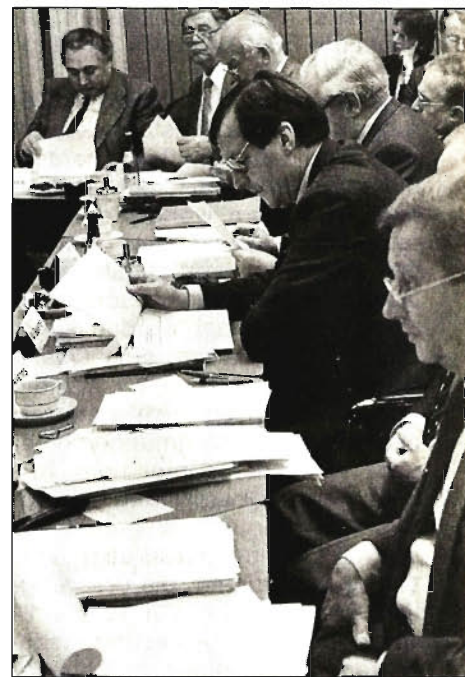
Dabei bleibt zu bedenken, daß sich die Honorare der jeweiligen Arztgruppen prozentual höchst unterschiedlich aus den verschiedenen Gebührenordnungskapiteln zusammensetzen, worauf Dr. Oesingmann ausdrücklich auch im Hinblick auf Schätzungen zur künftigen Honorarsituation hinwies: „Allein aus der Tatsache, daß z. B. die Chirurgen durchschnittlich nur 13 Prozent ihres Honorarumsatzes aus dem Kapitel Chirurgie und die Internisten nur 14,5 Prozent aus dem Kapitel Innere Medizin erhalten, wird die Bedeutung der anderen Kapitel erkennbar. Besonderes Gewicht hat in diesem Zusammenhang das Grundleistungskapitel.“

Kassenarzt muß Chancen der Reform nutzen

Was sich aus den Neubewertungen ergibt, sollte jeder Kassenarzt wörtlich zur Kenntnis nehmen:

► „Auch für die zukünftige Einkommenssituation des einzelnen Kassenarztes sind die Struktur seiner Praxis und sein Leistungsspektrum maßgebend. Deshalb erlaubt eine gruppenbezogene Hochrechnung keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Einkommensentwicklung des einzelnen Arztes, auch wenn beispielsweise für die Gruppe insgesamt eine Honorarminderung errechnet werden kann.“

► Die gewollte neue Struktur der Gebührenordnung wird demjenigen Einkommensverbesserungen bringen, der Neigung entwickelt, seinen Praxisablauf auf eine mehr patientenorientierte Versorgungsstruktur auszurichten.



Konzentriert verfolgten die Delegierten die Diskussionsbeiträge zu dem ihnen vorliegenden EBM-Reformentwurf

► Wer weiterhin im wesentlichen Laborleistungen und Routinebestrahlungen abrechnet und weitgehend Wiederholungsrezepte ausstellt, wird die dafür vorgesehenen Bewertungsminderungen auch in der *Minderung* seines Honorars wiederfinden.

► Wer hingegen im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit die nunmehr eröffneten Chancen nutzt, die aus den angemesseneren Bewertungen für Leistungen mit hohem persönlichen Einsatz, Engagement und Zuwendung erwachsen, wird mit einer *Honorarsteigerung* rechnen dürfen.

► Auch der Arzt, der seine Tätigkeit unter Zuhilfenahme moderner medizintechnischer Mittel ausübt, wird ein leistungsgerechtes Honorar erhalten, wenn die Auslastung der von ihm benutzten diagnostischen und therapeutischen Geräte und Apparaturen angemessen ist.“

Oesingmann nahm dann im einzelnen zu den wichtigsten Ände-

rungen in den verschiedenen Kapiteln des EBM-Entwurfs Stellung.

Ergänzend zu den Neuformulierungen im Grundleistungskapitel stellte er den Vorschlag heraus, die honorarbegrenzende Bestimmung zu ändern, wonach eine Beratung nach der Nummer 1 nur bei der ersten Inanspruchnahme im Quartal neben einer Sonderleistung abgerechnet werden kann. Hier geht es darum, eine Quelle ständigen Ärgers zu beseitigen. Allerdings lassen sich honorarbegrenzende Bestimmungen nicht ganz vermeiden. Unter dem Vorbehalt einer Überprüfung der Abrechnungsfrequenzen haben die Vertragspartner auch dem Vorschlag zugestimmt, die ursprünglich zu den Nummern 10 bis 13 vorgesehene Abrechnungsbeschränkung „einmal im Behandlungsfall“ aufzuheben.

Neuerungen bringen auch eine Entbürokratisierung

Legenden und Bewertungen der Operations- und Anästhesielei-

stungen werden in den nächsten Wochen mit den Kassenpartnern zu vereinbaren sein. Dann erst kann die Zusammenstellung der Zuschlagskataloge zum ambulanten Operieren und zur ambulanten Anästhesie erfolgen.

Selten oder nie ambulant oder belegärztlich erbrachte größere Operationen haben keine Erwähnung mehr im Kapitel Chirurgie gefunden (Abrechnungsmöglichkeit für diese Einzelfälle nach einem Katalog ohne spezielle Leistungsdefinition).

Eine echte Entbürokratisierung bedeutet der Vorschlag, in Zukunft sämtliche Leistungen auf ein und demselben Behandlungsschein abrechnen zu können. Die in den Abschnitten Prävention und sonstige Hilfen aufgeführten Leistungen wurden entsprechend den dafür bestehenden Richtlinien formuliert.

Unter den Sonderleistungen, die etwa zehn Prozent des Gesamthonorarvolumens verursachen, sind im wesentlichen die Leistungen,

die der Arzt selbst erbringen muß, besser bewertet worden als bisher.

Die sonographischen Untersuchungen mit B-Bildverfahren haben einen eigenen Abschnitt erhalten.

Amortisation der Geräte bleibt weiter gesichert

Vielfältige Änderungen waren im Kapitel Anästhesieleistungen zur Erhaltung und Förderung der Anästhesie bei ambulanten Operationen erforderlich, ebenso eine verbesserte Darstellung der Schmerztherapie, die von Allgemeinärzten, Orthopäden, Anästhesisten und Internisten betrieben wird.

Bei normaler Auslastung wird auch eine Amortisation der Geräte für physikalisch-medizinische Leistungen gesichert bleiben, auch wenn es unvermeidlich war, hier Abwertungen in unterschiedlicher Höhe vorzunehmen.

Gestaltung und Fortentwicklung der Gebührenordnungen hatten im Laufe der Jahre im Kapitel Innere Medizin unvermeidbare Disparitäten entstehen lassen, die nun korrigiert werden mußten. Insbesondere hat eine Neubewertung jener Leistungen stattgefunden, die nur mit teurem Gerät erbracht werden können. Die Korrekturen an Legenden und Bewertungen haben aber bei weitem nicht die Auswirkungen auf das künftige Honorar der Internisten, wie dies in den Diskussionen über die EBM-Reform gelegentlich behauptet wurde.

Eine sachgerechte Neuformulierung der Dialyseleistungen unter Einbeziehung aller Kosten ist entworfen worden; Verhandlungen darüber sind aber noch im Gange.

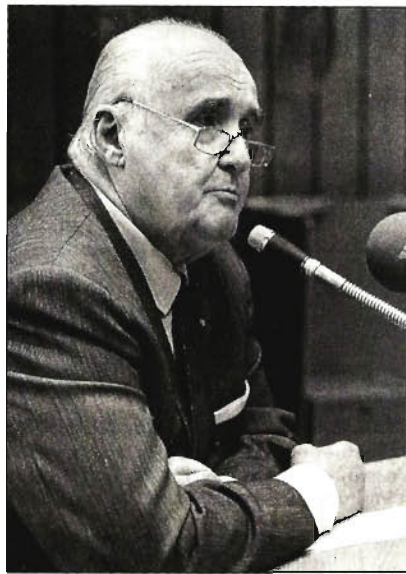
Im Kapitel Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie ist eine klare Gliederung in fünf Abschnitte erfolgt. Besonders schwierig war hier die Formulierung



Während der Beratungen der Vertreterversammlung am „Tisch der Experten“, Dres. Ulrich Oesingmann, Erhard Etter, Manfred Moewes, Lothar Krimmel haben innerhalb der letzten sechzehn Monate in insgesamt 140 Sitzungen die EBM-Kapitel mit fachverständigen Vertretern der verschiedensten Fachgebiete abgestimmt



Dr. Eckart Fiedler



Prof. Dr. Horst Bourmer



Prof. Dr. Dr. Hans-Joachim Sewering

Ringen um den richtigen Zeitpunkt der EBM-Reform – Votum der Vertreterversammlung: ohne jede Verzögerung!

rung der Leistungslegenden. Eine Höherbewertung mancher Leistungen war geboten. Die Bewertung des Elektroenzephalogramms ließ sich allerdings nicht aufrechterhalten: Kostendeckung sowie eine angemessene Honorierung für die ärztliche Leistung der Befundauswertung bleiben indes gewahrt.

Die Kapitel Dermatologie, Kinderheilkunde, Geburtshilfe und Gynäkologie, Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohrenkunde und Urologie sind sämtlich nach dem gleichen Prinzip überarbeitet worden, indem insbesondere Leistungen mit einem hohen Anteil an ärztlicher Arbeitszeit besser bewertet wurden. Die zu erwartende *Einkommensverbesserung* für die Kinderärzte wird indes durch die neuen Grundleistungen erwirkt.

Im Kapitel Chirurgie ist, wie schon erwähnt, eine große Zahl von bisher aufgeführten Leistungen weggefallen. Das Bestreben ging im übrigen dahin, die Leistungen der sogenannten kleinen Chirurgie deutlich anzuheben, aber auch viele größere operative Eingriffe haben eine bessere Bewertung erfahren.

Abgesehen von der Neufassung des Kapitel Labors werden auch die Laborrichtlinien neu zu formulieren sein.

Auch im Entwurf zum Kapitel Strahlendiagnostik ist ein neues Konzept der Leistungsbewertung enthalten.

Angemessenere Bewertungen gibt es auch im Kapitel Kontrastmittel-einbringungen. Neue Gliederungen haben schließlich auch Computer- und Kernspintomographie erfahren; intensive Beratungen mit den Partnern auf Kassenseite stehen noch an.

Sowohl der Vorstand der KBV als auch der Länderausschuß haben sich einstimmig dafür ausgesprochen, die Strahlentherapie als Bestandteil kassenärztlicher Versorgung nicht aufzugeben. Das für eine Verbesserung der bisher völlig unzureichenden Bewertungen erforderliche Honorarvolumen ist allerdings so beträchtlich, daß es keinesfalls vollständig aus der pauschalierten Gesamtvergütung bezahlt werden kann, worüber noch intensive Gespräche mit den Krankenkassen geführt werden müssen.

Erstrebt wird schließlich auch eine bundeseinheitliche Regelung der im Kapitel Pauschalersatzungen aufgelisteten Kosten.

Korrekturvorschläge noch in der Anwendung möglich

Einige detaillierte Korrekturvorschläge sind im Anschluß an das Referat Dr. Oesingmanns von einzelnen Delegierten unterbreitet worden, nachdem Professor Häußler versichert hatte, daß über Abänderungsvorschläge sowohl im Vorstand der KV gründlich beraten als auch mit den Kassenverbänden intensiv weiterverhandelt werden solle (Spitzengespräche mit diesen sind noch für Januar und Anfang Februar 1987 vorgesehen).

▷ Aber auch *nach* der für Februar vorgesehenen Beschlußfassung im zuständigen Bewertungsausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Bundesverbände der Krankenkassen sollte, so hat Dr. Oesingmann in seinem Referat betont, „eine abschließende Beurteilung der EBM-Reform erst dann erfolgen, wenn die neuen Gebührenordnungen

Oesingmann: EBM-Reform

über einen ausreichenden Zeitraum Anwendung in den Praxen gefunden haben. Selbstverständlich können daraus Korrekturbedürfnisse entstehen... Erst die aus der Anwendung des neuen EBM entstehenden Erkenntnisse und die gegebenenfalls notwendigen Korrekturen werden eine stabile Basis für die Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung bilden."

„Diese Reform nicht auf die lange Bank schieben!“

Die Diskussion in der Vertreterversammlung spitzte sich auf einen Passus in dem von Professor Dr. Horst Bourmer (Köln) vorgelegten Entschließungsantrag zu, der eine unabsehbare Verzögerung hätte bewirken können. Nach den eingehenden Beratungen im Arbeitsausschuß, im Vorstand und im Länderausschuß entschied sich jedoch auch die Vertreterversammlung – in der, salopp gesagt, der geballte Sachverstand aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen vertreten ist – für „grünes Licht“.

Insbesondere auch Professor Dr. Dr. Hans-Joachim Sewering (München), Dr. Klaus-Dieter Kossow (Achim-Uesen) und Dr. Gerhard Löwenstein (Frankfurt) hatten eindringlich dazu aufgefordert, im Interesse der Kassenärzte jede Verzögerung zu vermeiden und die Reform nicht auf die lange Bank zu schieben. Auch Dr. Rolf Thier (Düsseldorf), der Zweite Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, wehrte eine überschießende Kritik ab, zumal der von den Kassenärztlichen Vereinigungen Nordrhein und Bayerns initiierte Modellversuch wertvolle Ergebnisse gebracht, zu Verbesserungen geführt und die Vorlage eines „probaten Reformexemplars“ ermöglicht habe.

Die verbesserte Entschließung fand zu guter Letzt, auch mit Akzeptanz durch den Initiator, eine breite Mehrheit (dokumentiert auf der Aufmacher-Seite 3589). EB



Szene bei einem Wahlakt. Zu wählen waren der Nachfolger für Dr. Klaus Dehler im Vorstand (gewählt: Dr. Otfried P. Schaefer) und für Dr. Kaspar Roos im Finanzausschuß der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (gewählt: Dr. Folkert Hinrichs)



In Vertretung Dr. Karsten Vilmar, der an der Sitzung nicht teilnehmen konnte, als BÄK-Repräsentanten herzlich begrüßt: Vizepräsident Dr. Helmuth Klotz (nicht auf dem Foto) und Hauptgeschäftsführer Dr. Heinz-Peter Brauer (r.)



Ende gut, alles gut: der Vorstand der KBV aus einem anderen Blickwinkel . . .

Alle Fotos: d-e-w