

# Mandantenbrief

## **Mehr in der (Kassen) Praxiskasse?**

Der EBM 2008 im Überblick

### **Situation**

Alles Neue bringt 2008? Sicherlich nicht – vielmehr ist der EBM 2008 als eine Zwischenstation bei der Restrukturierung der gesetzlichen Vergütung zu sehen. Am 06. November 2007 wurden nun die Weichen für die Vergütung 2008 und 2009 abschließend gestellt. Wir erinnern uns:

Im Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-WSG) sollte der Behandlungsbedarf und das dafür zur Verfügung zu stellende Honorar nach drei Kriterien weiterentwickelt werden:

- Verteilung und Würdigung der Morbiditätsstruktur der Versicherten
- Begrenzung der Leistungsausweitungen (nach Kassensatzungen oder aufgrund von Beschlüssen des Gemeinsamen Bundesausschusses)
- Leistungsaustausch- und Verlagerung zwischen stationärem mit und zum ambulanten Sektor.

Um weitere Transparenz und Nachvollziehbarkeit der ärztlichen Leistung herzustellen, soll zudem im Januar 2009 die längst überfällige Abrechnung nach Euro-Werten eingeführt

werden (Euro-EBM), was allen niedergelassenen Ärzten deutlich entgegenkommen sollte. Neben der Übernahme des Morbiditätsrisikos haben alle Krankenkassen zudem die Auflage, bis 2008 entschuldet zu sein.

So gesehen ist zu bezweifeln, dass von Kassenseite dem niedergelassenen Bereich „freiwillig“ über den EBM 2008 sehr viel mehr Geld zugeführt wird, allerdings gibt es eine Neubewertung des Punktwertes (siehe nachfolgender Text).

### **Wie funktioniert der EBM 2008**

Kernziel des EBM 2008 ist, möglichst viele Leistungen zu pauschalieren, d. h., dass z. B. in der hausärztlichen Vergütung bei „üblichen Leistungen“ mit Versichertenpauschalen gearbeitet wird: Also z. B. Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen, etc. Nur für besonders förderungswürdige Leistungen dürfen Einzelleistungen oder Komplexe im EBM gelistet sein. (Vergleichbar zum Krankenhaus, welches nach DRG mit Basisfallwerten und Zusatzdiagnosen abrechnet) .

Die gewohnten Punkte bleiben also vorerst noch, auch die betriebswirtschaftliche Bewertungsgrundlage des EBM vom 1. April 2005 liefert auch weiterhin die Grundlage für die neuen Pauschalen 2008.

## Einige Antworten zum EBM 2008

- ✓ *Wie verändert sich die Vergütung für meine Praxis in 2008?*

Der neue EBM sieht eine Punktwertenerhöhung von durchschnittlich ca. zehn Prozent vor. Die Bewertung der durchschnittlichen kalkulatorischen Arztminute wurde von bisher 77,90 Cent auf 86,09 Cent angehoben. Dies entspricht einer Steigerung in Höhe von 10,51 %. Da die Krankenkassen jedoch zunächst nicht mehr Geld für die Vergütung der ärztlichen Leistungen zahlen, werden die beschlossenen Aufwertungen der EBM-Leistungen erst im Jahr 2009 honorarwirksam.

- ✓ *Werden die bestehenden Job-Sharing-Obergrenzen ebenfalls angepasst?*

Abschließend gibt es noch keine Aussage. Soweit eine Anpassung der Punktzahlbergrenzen erforderlich ist, werden die KVen diese von Amts wegen vornehmen. Informationen hierzu erhalten Sie dann von den KVen, so dass eine gesonderte Antragstellung nicht notwendig ist.

- ✓ *Wann erfährt man etwas zu der Fallpunktzahl für 2008?*

Für die Ermittlung der Fallpunktzahlen sind die Länder KVen auf eine Berechnungsvorgabe der KBV angewiesen, die derzeit noch aussteht. Im Wesentlichen wird das derzeitige HVV-System fortgesetzt.

Es sind lediglich Anpassungen für Hausärzte und einige fachärztliche Arztgruppen (nur Anhebungen) geplant. Diese Punkte werden derzeit mit den Verhandlungspartnern erörtert. Informationen erhalten Sie bei Ihrer örtlichen KV.

- ✓ *Wie wird das zukünftige Punktzahlvolumen/Quartal festgelegt?*

Wie so oft gibt es derzeit noch keinen genauen Angaben. Was man weiß: Ab dem 1. Januar 2009 sind arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der sog. Regelleistungsvolumens (RLV) wird erstmalig bis zum 31. August 2008 bestimmt (siehe im folgenden Text).

- ✓ *Was ändert sich mit dem neuen EBM für die Hausärzte?*

Hier wird es den zuvor beschriebenen Versichertenpauschalen geben. Je nach Alter des Patienten und nach Art der Inanspruchnahme (direkt, auf Überweisung oder im Vertretungsfall, unvorhergesehen) ist die entsprechende Versichertenpauschale zu wählen.

Hier gibt es derzeit noch einige Baustellen z. B. in den hausärztlichen Diabetes-Schwerpunktpraxen: Hausärzte, die Patienten auf Überweisung mitbehandeln, erhalten nach dem neuen EBM nur die halbe Versichertenpauschale und dürfen auch keinen Chronikerzuschlag abrechnen.

nen. Statt bisher knapp 53 Euro erhalten hausärztliche Schwerpunkt-Diabetologen nach den Berechnungen ihres Verbands ab 2008 nur noch 22,20 Euro pro Patient im Quartal. Hier gilt es deutlich nachzubessern. Darüber hinaus sieht der EBM 2008 einen Qualitätszuschlag Psychosomatik vor, sowie Einzelleistungen oder Komplexe für besonders „förderungswürdige“ Leistungen.

✓ *Was ändert sich mit dem neuen EBM für die Fachärzte?*

Für den fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es relativ wenige Änderungen. Anstelle der bisherigen Ordinationskomplexe, Konsultationskomplexe und Erörterungsleistungen rechnen die Fachärzte im Behandlungsfall nun einmalig die so genannten Grundpauschalen ab. Jede Fachgruppe erhält eine eigene Grundpauschale, die jedoch weiterhin in 3 Altersstufen unterteilt ist. Die Änderungen bei den Einzelleistungen im fachärztlichen Bereich finden sich eher punktuell bei der Leistungsbeschreibung sowie bei der Leistungsbewertung (in Punkten).

✓ *Kann die Versichertenpauschale bei einem weiteren Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal zusätzlich zur jeweiligen für die Auftragsleistung abgerechneten Pauschale (50%) berechnet werden, oder nur anstelle der Pauschale?*

Bei einem weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt außerhalb der Durchführung von Teilleistungen im Auftrag (Indikations- bzw. Definitionsauftrag) kann die Versicherten- bzw. Grundpauschale nur anstelle der bisher für diese Leistung(en) berechneten hälftigen Pauschale die volle Versicherten- bzw. Grundpauschale berechnet werden (also insgesamt 100%).

### **Fahrplan mit Ziel Euro-EBM**

Der Bewertungsausschuss fällt bis zum 31. August 2008 unter anderem folgende Beschlüsse:

- Berechnung der erstmaligen Leistungsmenge für die regionalen Gesamtvergütungen
- Bestimmung des nicht vorhersehbaren morbiditätsbezogenen Mehrbedarfs
- erstmalige Festsetzung von Orientierungswerten für die Punktwerte einschließlich Indikatoren zur Bewertung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur.

Was die Ärzte 2009 im GKV-Bereich verdienen, hängt also maßgeblich von den festgelegten Orientierungspunktwerten ab, die Kassen und KBV auf Bundesebene aushandeln. An ihnen sollen sich die Verhandlungspartner auf der Landesebene bei ihren jeweiligen konkreten Festlegungen der Punktwerte orientieren.

Der Orientierungswert soll jährlich bis zum 31. August und zwar nach den „für Arztpraxen relevanten Kosten“, wie der Gesetzgeber schreibt, angepasst werden.

Geplant ist, dass bis zum 15. November 2008 Kassen und KVen unter anderem Punktwerte vereinbart haben müssen. Die Vertragsärzte sollen dann bis zum 30. November 2008 ihre spezifischen Regelleistungsvolumen erfahren, die sie zu 100 Prozent des in Euro festgelegten Punktwerts erbringen können. Einen Monat später, zum 31.12.2008 wird dann der Pauschalens-EBM zum Euro-EBM umgestellt.

### **Reformzeitplan im Überblick**

01.01.2008 - Der Pauschalens-EBM tritt in Kraft.

31.08.2008 - Orientierungspunktwerte, Morbiditätsmessung sowie ein Verfahren zur Berechnung und Anpassung von Regelleistungsvolumen werden festgelegt.

15.11.2008 - Die KVen und Landeskassen vereinbaren Punktwerte (danach jährlich zum 31. Oktober).

30.11.2008 - Die Ärzte erfahren ihre Regelleistungsvolumen.

01.01.2009 - Der Euro-EBM tritt in Kraft.

01.01.2010 - Das Niederlassungsverhalten wird ab jetzt mittels Preisreizen gesteuert.

01.01.2011 - Fachärzte erhalten diagnosebezogene Fallpauschalen.

30.06.2012 - Das Bundesgesundheitsministerium legt einen Bericht über einen möglichen Verzicht auf Zulassungsbeschränkungen vor.

### **Fazit**

Im Ergebnis wird es wie bei allen bisherigen Honorarreformen noch zahlreiche Nachbesserungen geben müssen – so werden hoffentlich bald benachteiligte Fachgruppen wieder besser gestellt.

Nicht zu vergessen bleibt bei allen Versuchen der Regulierung und Standardisierung im gesetzlichen Vergütungsbereich:

Die Unabhängigkeit vom GKV-Vergütungstopf wird besonders für die Facharztgruppen in Zukunft existenziell wichtig. Schafft man es, die Privat- und Selbstzahlerquote zu steigern (wir berichteten), oder kann man entsprechende Anreizsysteme für Direktverträge mit Kassen (§73c, 140 a, b, c, SGB V) aufbauen und nachweisen, so kann man auch den zukünftigen Reformen, respektive dem Entfall der Zulassungsbeschränkungen entspannt entgegenblicken.

Quellen: BMG, KBV, KVen, GBB