

Mandantenbrief

EBM 2009

Was sind die 2,5 Mrd. wirklich wert?

Die Situation

Die KBV und der Spitzenverband der gesetzlichen Krankenversicherung haben im Bewertungsausschuss einen bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 3,5085 Cent für die vertragsärztliche Vergütung ab 2009 vereinbart. Zudem wurde das Honorarvolumen um 2,5 Mrd. Euro für 2009 gesteigert. Allgemein beschreibt die Bundesregierung die Ergebnisse wie folgt:

- Das Honorar der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte in den neuen Ländern wird an das höhere Bundesniveau angeglichen. Sie erreichen einen überproportionalen Honoraranstieg.
- Aus einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen wird kein Honorar abfließen.
- Bestimmte ärztliche Leistungen (z. B. Notdienst, allgemeine Schmerztherapie) unterliegen nicht der Mengensteuerung. Im Rahmen der Prävention, des ambulanten Operierens oder der belegärztlichen Behandlung ist zudem eine Anhebung der Bewertung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vorgesehen.
- Die Vergütung der Psychotherapeuten wird ebenfalls angehoben.
- Die Vergütung der Ärzte wird nach den Versorgungsbereichen „Hausarzt“ und „Facharzt“ getrennt. Damit werden Umverteilungen zwischen diesen Arztgruppen vermieden.

Soweit so gut? – was aber bedeuten die Änderungen für die einzelnen Fachgruppentöpfe in den Bundesländern?

Leider bleibt das öffentliche Echo auf die längst überfälligen Erhöhungen nicht aus – so titelten alle großen Zeitung in die gleiche Richtung: Ärzte erhalten mehr Geld ohne Verbesserung der Behandlungsqualität auf Kosten der Patienten. Die allgemeine Stimmung der Patienten folgt auf dem Fuße, wie ein niedergelassener Kollege von einem Patienten berichtete: „Mein Kassenbeitrag steigt, nur weil der Arzt den Hals nicht voll bekommt – jetzt will er auch noch eine Zuzahlung von mir“. Wie weit sich dies nachteilig auf das Angebot von Selbstzahlerleistungen auswirken wird, bleibt abzuwarten.

Hürden bei der EBM Verhandlung

1. Präventions- und Extrabudgetäre Leistungen

Die Grundkonstruktion des Honorarsystems 2009 ist vom Grunde her recht unkompliziert: Ärzte und Kassen vereinbaren eine sich aus der abgeschätzten Morbidität des nächsten Jahres ergebende Leistungsmenge (morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf, ausgedrückt in Punktzahlen). Diese Menge wird zu einem fest vereinbarten Punktwert bewertet. Das Produkt aus beidem ist das Honorar.

Unstimmigkeiten gab es dadurch, dass der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf genau zu definieren ist. Von Seiten der Krankenkassen wurde der Ansatz vertreten, dass alle Leistungen einbezogen werden müssten. Das hätte auch für Präventions- und Früherken-

nungsleistungen gegolten. Zudem für solche Leistungen, die in Sonderverträgen einzelner KVen und Landeskassen extrabudgetär vergütet werden.

Bezieht man z.B. Präventionsleistungen in den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf ein, so wären sie in der Menge begrenzt. Zudem liegen die gegenwärtig geltenden Punktwerte über dem Orientierungspunktwert von 3,5 Cent. Gelöst wurde dieses Problem dadurch, dass erstens Präventionsleistungen nicht in den morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf einbezogen werden, also nicht budgetiert sind, und damit, dass im EBM die Leistungsbewertung in Punkten so hochgesetzt wird, dass der Effekt des niedrigen Orientierungspunktwerts kompensiert wird.

In ähnlicher Weise wird das Problem der extrabudgetären Leistungen gelöst. Dies führt dazu, dass die bayerischen Ärzte mit einem Plus von vier bis fünf Prozent rechnen können.

2. HVV entfällt ab 2009

Die damit oftmals vorgeworfene Politik der KV, sie würden Leistungsmengen begrenzen, um den Punktwert „künstlich“ hoch zu halten (Zielwert 5,11 Cent), entfällt damit. Damit gibt es keine individuellen Praxisbudgets mehr.

3. Verteilung des Geldes

Ein weiteres Problem: die Honorarverteilung zwischen Haus- und Fachärzten. Da die bisherige Trennung in

ein Hausarzt- und ein Facharztbudget (das führte zu höheren Punktwerten bei den Hausärzten) nicht mehr im Gesetz steht, führt ein nun einheitlich geltender Punktwert für alle Ärzte dazu, dass Honorarzuwächse von Haus- zu Fachärzten umverteilt worden wären. Ein Teil der gewollten Leistungsaufwertungen im EBM 2008 wäre den Hausärzten damit genommen worden. In diesem Fall zeigte sich, dass es von Vorteil war, dass das Bundesgesundheitsministerium in die Verhandlungen einbezogen war: Es stimmte einer für drei Jahre verlängerten Vergütungstrennung zu.

Wer erhält Zuschläge

Ziel war es, dass Ärzte, die viele Patienten mit überdurchschnittlicher Morbidität behandeln oder Regionen in Deutschland, in denen sich Menschen mit überdurchschnittlicher Morbidität behandeln lassen finanziell besser zu stellen. Dieses Ziel ist weitestgehend erreicht worden. Die Ärzte in den neuen Bundesländern erhalten eine Honoraraufstockung von 680 Millionen Euro, das sind ca. 20 Prozent. Ebenfalls Bundesländer mit Zuwächsen sind: Nordrhein- Westfalen, Berlin und Niedersachsen (etwa 13 bis 14 Prozent).

Dem stehen allerdings Regionen mit nur geringen Zuwächsen gegenüber: Genannt werden Baden-Württemberg, Rheinland-Pfalz und Bayern. Sichergestellt werden musste aber, dass es nicht zu Verlusten kommt.

Beispiel Hamburg: Dort werden die von Ärzten via Honorarverteilungsvertrag

abgerechneten Punktmengen bei 64 Prozent abgeschnitten. Das Ergebnis ist ein hoher Punktwert von 4,5 Cent. Der jetzt festgelegte Orientierungspunktwert liegt aber nur bei gut 3,5 Cent. Die Frage ist nun, ob die Differenz zwischen bisherigem hohen Punktwert und neuem Orientierungspunktwert mit mehr erbrachten und auch bezahlten Leistungen (Punkten) kompensiert werden kann. Tendenziell ist es jedenfalls so, dass KVen, in denen bislang hohe Punktwerte gezahlt worden sind, deutlich geringere Zuwächse als der Durchschnitt erreichen werden. Das gilt beispielsweise für Baden-Württemberg und Nordrhein.

Veränderung Honorarvolumen

KV	Differenz zu 2007	
	in Mio. Euro	In %
Schleswig-Hol.	35,1	3,9%
Hamburg	45,9	7,3%
Bremen	22,4	7,7%
Niedersachsen	358,3	14,2%
Westfalen-Lippe	262,4	8,7%
Nordrhein	109,6	3,6%
Hessen	191,6	9,5%
Rheinland-Pfalz	72,2	5,7%
Baden-Württ.	53,7	1,5%
Bayerns	312,5	6,8%
Berlin	124,2	10,7%
Saarland	36,4	11,3%
M-V	99,5	17,5%
Brandenburg	104,7	13,8%
Sachsen-Anhalt	122,2	17,2%
Thüringen	136,2	21,6%
Sachsen	216,3	16,9%
Gesamt	2.303,3	8,4%
West	1624,3	6,9%
Ost	679,0	17,2%

Fazit

Wie bei jeder Änderung, wird es in der Folge viele individuelle Punkte zu klären geben. Bis zum 15. November sollen dann die KV und die Landesverbände der Krankenkassen auf Basis des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes die regionalen Punktwerte festlegen. Sie vereinbaren zudem die regionalen morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen und legen die regionale Berechnungsformel für die Regelleistungsvolumina fest.

Wenn danach alles im Plan bleibt, erhalten die Ärzte zum 30.11.2008 die Regelleistungsvolumen für das Jahr 2009, womit dann auch konkretere Aussagen für die einzelnen Praxen getroffen werden können.

Quellen: KBV, Ärztezeitung, Deutsches Ärzteblatt, BMG