

EBM und RLV - eine erste Analyse der Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Da sich die KBV noch nicht in der Lage sah, die aktuellen Unterlagen zu EBM und RLV zu veröffentlichen, unterliegt die folgende Analyse dem Vorbehalt, dass die endgültigen Regelungen im Detail noch etwas anders aussehen können.

Meine Zusammenfassung und Bewertung vorab:

1. Gemeinschaftspraxen, Praxen mit angestellten Ärzten und Medizinische Versorgungszentren sind die großen Gewinner. Die Einzelpraxen werden verlieren, dies gilt über alle Fachgruppen hinweg. Medizinische Versorgungszentren werden von allen anderen subventioniert.
2. Die KBV gibt selbst zu, dass der derzeitige Zustand der Honorierung völlig intransparent ist.
3. Die KBV weiß, dass es Veränderungen in erheblichem Umfange geben wird, aber sie schweigt sich über die Auswirkungen aus.
4. Die Kombination aus diesem EBM und den zugehörigen RLV wird noch vielen Rechtsanwälten Freude bereiten und zur Existenzsicherung beitragen.

Ab hier folgt eine sehr umfangreiche Darstellung einiger Aspekte des neuen EBM bzw. der RLV, mit einer ausführlichen Beispielsberechnung für Augenärzte.

Gemäß EBM erhalten gewisse Praxisformen einen Zuschlag auf die Ordinationsgebühr. Zusätzlich erhalten gemäß RLV Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren einen Zuschlag von 130 Punkten (oder auch mehr) auf die Fallpunktzahl. Im Extremfall der Frauenärzte hat eine Gemeinschaftspraxis einen um 45% höhere Fallpunktzahl (=Budget) als eine Einzelpraxis pro Patientin zur Verfügung. Bei Augenärzten sind es noch 27%, bei psychologischen PT wären es sogar 56%. Eine ökonomische Begründung dafür fehlt. Solch eine rationale, ökonomisch fundierte Begründung kann auch gar nicht vorgetragen werden - es gibt keine.

Um die Sache deutlich beim Namen zu nennen: hier hat sich das Establishment mit zwei Regelungen unberechtigtweise Vorteile geschaffen. Am Beispiel der Augenärzte möchte ich die Auswirkungen einmal vorstellen. Folgende Randbedingungen: - pro Arzt 1.000 Patienten, - in der Einzelpraxis arbeitet ein Arzt, - in der Gemeinschaftspraxis arbeiten zwei Ärzte, - jeder Arzt erbringt das identische Leistungsspektrum

Einzelpraxis:

1000 Patienten, 1000 mal die Ordinationsgebühr (Ziffer 06211, 405 Punkte) plus 1000 mal die restlichen Leistungen (75 Punkte mit irgendwelchen beliebigen Leistungsinhalten, die zulässig sind), um die Fallpunktzahl von 480 Punkten zu erreichen.

Erwirtschaftete Punkte = Fallzahl * (Ordinationsgebühr + restliche Leistungen) =

= 1.000 * (405 + 75) = 480.000 Punkte

Ein Arzt in Einzelpraxis erwirtschaftet damit 480.000 Punkte.

Gemeinschaftspraxis:

2000 Patienten, 2000 mal die Ordinationsgebühr (Ziffer 06211, 405 Punkte) plus Zuschlag auf die Ordinationsgebühr von 20 Prozent, Erhöhung der Fallpunktzahl von 480 um 130 Punkte auf 610 Punkte, plus 2000 mal die restlichen Leistungen (124 Punkte mit irgendwelchen beliebigen Leistungsinhalten, die zulässig sind), um die Fallpunktzahl von 610 Punkten zu erreichen.

Erwirtschaftete Punkte = Fallzahl * (Ordinationsgebühr * Zuschlag für Gemeinschaftspraxis + restliche Leistungen) =

= 2.000 * (405 * 1,2 + 124) = 1.220.000 Punkte

Pro Arzt einer Gemeinschaftspraxis werden 610.000 Punkte erwirtschaftet.

Differenz zwischen Einzelpraxis und Gemeinschaftspraxis

Unter der Voraussetzung, dass eine Gemeinschaftspraxis pro Patient 49 Punkte mehr an Leistungen erbringt als eine Einzelpraxis, wäre eine Differenz pro Arzt von 49.000 Punkten gerechtfertigt. Aber, warum sollte ein Arzt in einer Gemeinschaftspraxis pro Patient im Schnitt 49 mehr Punkte erbringen? Die Patienten sind "gleich krank", daraus ließe sich ableiten, dass der Arzt in Einzelpraxis ebenfalls die 49 Punkte erbringt. Nur erhält der Arzt in Einzelpraxis diese Leistungen nicht honoriert.

Im Ergebnis erhält der Arzt in Einzelpraxis gegenüber dem Arzt in einer Gemeinschaftspraxis bei identischer Leistungsmenge 130.000 Punkte mehr, also 27%. Da bei der Fallpunktzahl nur die budgetierten Leistungen berücksichtigt werden, ist der Anteil der budgetierten Leistungen an der Gesamtleistung noch von Interesse. Bei Augenärzten beträgt diese Quote knapp 94%.

Von Punkten zu erzieltm Überschuss

Eine Arztpraxis erzielt Honorar aus budgetierten Leistungen (s. o.) und aus unbudgetierten Leistungen. Die Kostenquote bei Augenärzten liegt bei rund 60%.

Zunächst eine vereinfachte Rechnung mit 1000 Patienten, budgetierten (94%) und unbudgetierten (6%) Leistungen, einem theoretischen Punktwert von 5,11 Cent und dem Kostensatz von 60%.

Aus budgetierten Leistungen erhält ein Einzelarzt 480.000 Punkte und zusätzlich aus unbudgetierten Leistungen nochmals 30.000 Punkte. Beim Punktwert von 5,11 Cent erfolgt daraus ein kumulierter Umsatz in Höhe von 26.000 Euro pro Quartal oder 104.000Euro Umsatz im Jahr.

Der Arzt in GP erhält dagegen 33.000 Euro pro Quartal oder 132.000Euro Umsatz im Jahr.

Damit erzielt ein Arzt in Einzelpraxis einen Überschuss von 42.000 Euro, ein Arzt in Gemeinschaftspraxis einen Überschuss in Höhe von 53.000 Euro. Das gilt allerdings nur, wenn man davon ausgeht, dass die Kostenquoten in einer Einzelpraxis und einer Gemeinschaftspraxis identisch wären. Würde man noch Synergieeffekte einer Gemeinschaftspraxis hinzurechnen, würde sich der Abstand zwischen dem Arzt in Einzelpraxis und dem Arzt in Gemeinschaftspraxis nochmals vergrößern.

Unter dem Strich kommt folgendes heraus:

Bei identischem Leistungsvolumen erzielt ein Arzt in Einzelpraxis rund 20 Prozent weniger Honorar als ein Arzt in Gemeinschaftspraxis.

Da es zukünftig Fachgruppentöpfe geben wird, werden die Schiefen innerhalb der jeweiligen Arztgruppen verbleiben. Gemessen an allen sonst noch auftretenden Honorarverschiebungen dürfte dies mit am gravierendsten sein. Diese Problematik dürfte die Verschiebung zwischen einzelnen Facharztgruppen und ähnlichem deutlich überlagern.

Hier würde ich mir als Einzelarzt schon die Frage stellen, wie die KBV solches denn rechtfertigen

möchte. Oder fällt dies unter das Statement der KBV:

Mit dem "Bundes-HVM" erfolgt eine Neubestimmung der Vergütungen der Vertragsärzte, die kaum noch etwas mit den bestehenden HVM-Strukturen zu tun haben soll. Honorarumverteilungen sollen und müssen die Folge sein.

(Auszug aus dem Vortrag vor der Vertreterversammlung der KBV am 17.05.2004)

Auch ein weiteres Statement des Vortrages, Bereich "Probleme", ist von Interesse:

Die Intransparenz der Vergütungen in den KVen macht jeden Vergleich "Alt" zu "Neu" beinahe zu einer Farce. Jede darauf basierende Rechnung muss hinterfragt werden. Was wir jetzt tun, wird die Ausgangsbasis für künftige vernünftige Vergleiche sein.

Wie man unschwer anhand oben dargestellter Berechnung sehen kann, ist ein Vergleich in Zukunft problemlos möglich. Das mit der Vernunft bezieht sich ja auch nicht auf das Ergebnis.

Und noch eine Aussage aus dem Vortrag, Bereich "Ziele"

Einführung des EBM soll nicht zu unbegründeter Leistungsdynamik oder ungerechtfertigten Umverteilungen führen.

Aus dem Vortrag vor der Vertreterversammlung noch Teilaussagen, Bereich "Fazit":

- *EBM ist mit seiner Bewertungssystematik eine Innovation*
- *Simulationsberechnungen zu den Regelleistungsvolumen versuchen die Zukunft abzubilden; eine exakte Prognose der Auswirkungen des Zusammenspiels von EBM und RLV wird niemals möglich sein.*
- *Den innovativen EBM wegen dieser Unsicherheiten zu verschieben oder gar abzulehnen, wäre das Verpassen einer realen Chance, die Budgetierung in der ambulanten Versorgung durch das Verlagern des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen aufzuheben.*

Und das ist nur eine Zwischenbericht auf Basis unvollständiger Informationen.

Für sachdienliche Hinweise auf Fehler in meinen Ausführungen bin ich wie üblich dankbar.

Franz-Josef Müller

<http://www.freie-aerzteschaft.de>