

## **Mogelpackung mit eingebautem Sprengsatz**

Auf den ersten Blick mag sich mancher über den neuen EBM 2008 gefreut haben, bietet er doch durchweg eine Erhöhung der Leistungsbewertung. Die Freude weicht jedoch sofort trostloser Ernüchterung, denn von einer zusätzlichen Finanzierung dieser Punkte ist keine Rede. Das Ganze wird im Jahr 2008 unverändert unter dem Budgetdeckel der gleichen Gesamtvergütung abgewickelt, d.h. mit abermals sinkenden Auszahlungspunktwerten. Hausgemachte Inflation eben. Was nützt es, Leistungsbewertungen vorzunehmen, ohne auch nur im Mindesten eine ausreichende Gegenfinanzierung zu sichern? Was sollen wir mit ungedeckten Schecks?

Die KBV verkündet landesweit, ab 2009 breche das goldene Zeitalter an. Dann nämlich sollen die Leistungen budgetfrei in Euro ausbezahlt werden. Auch das nichts als leere Luft! Zwar wird das Budget abgeschafft, so wie es im Gesetz vorgeschrieben ist, gleichzeitig werden aber mengenbegrenzende Regelleistungsvolumina auf der Basis eines festen „Orientierungspunktwertes“ installiert. Die Kassen erklären schon jetzt, dass dieser Orientierungspunktwert ohne nennenswerte Erhöhung der Gesamtvergütung an die erforderliche Leistungsmenge angepasst werden müsse. Im Klartext, sie verlangen die gesamte Leistungsmenge zu niedrigeren Preisen. Im Ergebnis weiß man dann möglicherweise, wie viel „Gehalt“ der Einzelne zugestanden bekommt. Wie damit aber der Bedarf auch nur annähernd abgebildet werden kann, ist ein Rätsel. Des Rätsels Lösung: die Ärzte arbeiten eben wie schon heute, zu einem erheblichen Teil umsonst.

Der EBM 2008 mit seiner fabelhaften betriebswirtschaftlichen Kalkulation ist wie immer eine Mogelpackung und das Papier nicht wert, auf dem er steht.

Dennoch lohnt es sich, etwas genauer hinzuschauen. Dabei erkennt man, dass die neuen Bewertungen zu sehr unterschiedlichen Ergebnissen führen. Generell ist bei den Hausärzten eine Steigerung von mehr als 20% zu erwarten, bei Fachärzten je nach Fachgruppe zwischen minus 5% und plus 10%. Wenn es bei einem einheitlichen Punktwert für alle bleiben sollte, kommt es allein durch diese unterschiedliche Neubewertung zu einem möglichen Honorartransfer von den Fachärzten zu den Hausärzten in Milliardenhöhe. Da stellt sich jetzt einmal für die Facharztseite die Frage, so wie sonst immer die Hausärzte eine Trennung der KV zu fordern. Der Sprengsatz ist jedenfalls schon mal platziert. Die Lunte ist auch schon da: Die Erhöhung der Bewertungen folgt zwei Prinzipien. Einmal der Steigerung des kalkulatorischen Ansatzes des Arztgehaltes um ca. 10% sowie der Berücksichtigung der Mehrwertsteuererhöhung von 16% auf 19%. Bekanntlich sind die Bewertungen des EBM geteilt in technische und ärztliche Leistungsanteile. Die 10%-Steigerung wirkt auf den Arztanteil, 3% Steigerung gibt es bei der technischen Leistung. Je höher der Arztanteil ist (bei der so genannten sprechenden Medizin), umso höher ist auch die relative Verbesserung. Diejenigen, die mehr technikgestützte Leistungen anbieten (vor allem Fachärzte) profitieren nur von der 3%-Steigerung und wenig von der 10%-Erhöhung, ziehen also den Kürzeren. Damit wird ohne dass dies in der Öffentlichkeit transparent gemacht würde, bereits durch den EBM eine massive Bevorteilung der Hausärzte vorgenommen.

Fehlt noch das Streichholz für die Lunte: Wiederum ist der Zündfunke die kalkulatorische Aufteilung der Bewertung in technische (TL) und ärztliche (AL) Anteile. Die technischen Teile sind reine Kosten und müssen in den Praxen in harten Euro bezahlt werden. Der Arztanteil entspricht dem tatsächlichen Honorar. Beides ist auf Basis 5,11 Cent in Punkte umgewandelt worden. Wenn nun der

Auszahlungspunkt vom ursprünglichen Wechselkurs nach unten abweicht, die Kosten aber naturgemäß unverändert bleiben, wirkt sich dieser Inflationseffekt ausschließlich auf das Honorar des Arztes aus. Unter der Annahme, TL und AL seien zu je 50% in die Bewertung eingeflossen, wirkt ein Punktwertverfall von 20% naturgemäß dann mit 40%, weil er ja nur auf dem hälftigen Arztanteil aufsetzen kann. 40%

„Sozialrabatt“ sind vielleicht geeignet, das Gute im Menschen herauszukehren, aber doch nur mit Mühe zu verkraften.

Dummerweise sind aber gerade die fachärztlichen Leistungen mit einer Relation von 80 zu 20 zwischen TL und AL kalkuliert. Das heißt, hier wäre ein Punktwertabsturz von 20% unter 5,11 bereits Arbeit zum Nulltarif, noch weniger bedeutet dann: Bitte eigenes Geld mitbringen, um dem Hobby der Patientenbehandlung zu frönen!

Es ist völlig klar, dass diejenigen Arztgruppen, die wenig Technik benötigen, durch dieses System massiv bevorzugt werden.

Was brauchen wir eigentlich noch, damit dieses unerträgliche und verlogene Vergütungssystem zusammenbricht? Nach meiner Einschätzung ist das Kollektivvertragssystem der KV am Ende. Gerade kleine spezialisierte Gruppen werden niemals als Minderheit ihre berechtigten Interessen durchsetzen können. Wir werden uns neu orientieren müssen in Richtung direkter Verträge mit Kassen mit, neben oder wenn es sein muss auch ohne KVen. Die KV ihrerseits muss sich zunehmend als Dienstleister begreifen, der solche Verträge dann weiterhin mit dem vorhandenen Apparat administriert, aber eben nicht mehr monopolisierend allein verantwortlich. Erste Gespräche sind bereits geführt. Der Weg dürfte steinig sein und lang, aber bekanntlich beginnt auch der längste Marsch immer mit einem ersten Schritt.

Dr. J.-A. Rüggeberg  
Präsident GFB