



Vergütungsregelungen 2010: Nullrunde beim Orientierungspunktwert.

Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zu den Vergütungsregelungen für das nächste Jahr ist ein umfangreiches Konvolut mit diffizilen Berechnungsschritten. Nur noch wenige Experten haben hier den Durchblick. Für die mittelfristige Unternehmensplanung sollte sich der Vertragsarzt mit den Grundlagen der künftigen Vergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) vertraut machen.

Honorarzuwachs

Die Gesamtvergütungen der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) - der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf - werden im nächsten Jahr nur um 1,6616 % angehoben. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) geht davon aus, dass im nächsten Jahr das Honorarvolumen um 3,8 % bzw. rund 1,2 % ansteigen wird.

Die Zielmarge wird allerdings nur dann ausgeschöpft, wenn das Volumen der außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zu vergütenden Leistungen deutlich ansteigt. Der Bewertungsausschuss erwartet ein Wachstum um etwa 8 %.

Orientierungspunktwert 2010

Die erstmalige rechnerische Ermittlung der Höhe des Orientierungspunktwertes (OW) für das Jahr 2009 sollte nach den gesetzlichen Vorgaben auf der Grundlage der Abrechnungsdaten des Jahres 2008 erfolgen. Weil zum Zeitpunkt der Beschlussfassung im Bewertungsausschuss die Abrechnungsdaten noch nicht komplett vorlagen, wurde der OW für 2009 auf der Basis hochgerechneter Abrechnungsdaten des Jahres 2007 berechnet. Die damit verbundene Fehlschätzung wurde jetzt ausgeglichen.

Aus der Korrektur der Fehlschätzung ergibt sich zunächst eine Anhebung des OW für das Jahr 2010 von bisher 3,5001 Cent auf 3,5048 Cent (+ 0,124 %). Eine Nachzahlung für die Honorarverluste im Jahr 2009 erfolgt nicht.

Für das Jahr 2010 hat der Erweiterte Bewertungsausschuss ansonsten eine „Nullrunde“ beschlossen. Der unparteiische Schlichter, Prof. Dr. Jürgen Wasem, lehnt die Anhebung des OW um 5,3 % (KBV-Forderung) ebenso ab wie die von den gesetzlichen Krankenkassen geforderte Absenkung um 6,2 %.

Ein Lichtblick für die Ärzte: Bis zum 31. Mai 2010 soll eine Überprüfung der Notwendigkeit der Anpassung des OW an die die Entwicklung der für die Arztpraxen relevanten Investitions- und Betriebskosten erfolgen. Bis zu diesem Zeitpunkt soll dann auch entschieden werden, ob und in welchem Umfange eine Anpassung des OW an den bei den EBM-Kalkulationen

maßgebenden Punktwert von 5,11 Cent erfolgt. Hier dürfen die Vertragsärzte eine „Reform der Reform“ der Vergütungen erwarten.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2010

Grundlage der KV-bezogenen Gesamtvergütung 2010 ist das Finanzierungsvolumen des Jahres 2009. Auf diesem Sockelwert hat der Erweiterte Bewertungsausschuss eine bundeseinheitliche Veränderungsrate für den Behandlungsbedarf von 1,6616 % festgelegt. Dieser Wert wurde auf der Grundlage einer diagnosebezogenen Komponente in Höhe von 2,5034 % und einer demographischen Komponente von 0,3423 % festgestellt.

Zum Ausgleich der gesetzlichen Vorgaben im Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) wird die Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zusätzlich um 0,3357 % erhöht. Eine Anpassung der MGV zur Berücksichtigung der Veränderung des Behandlungsbedarfs durch Leistungsverlagerungen aus den Krankenhäusern bzw. der Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven wurde auf die Verhandlungen für das Jahr 2011 verlagt.

Die Forderung der KBV, die Narkoseleistungen, Bronchoskopien und Gastroskopien, die belegärztlichen Leistungen, die Leistungen des ambulanten Operierens im Krankenhaus und die Psychotherapie außerhalb der MGV zu vergüten, wurde im Erweiterten Bewertungsausschuss abgelehnt.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat den Vertragspartnern auf der regionalen Ebene empfohlen, für besonders förderungswürdige Leistungen Zuschläge zum OW festzulegen. Hierfür sollen die Krankenkassen auch zusätzliche finanzielle Mittel aufbringen.

Bei diesem Förderungsprogramm geht es u.a. um die belegärztlichen Leistungen, das ambulante Operieren, die präventiven Leistungen und die Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten. Die Vertreter der Krankenkassen haben diesen Beschlussteil abgelehnt.

Die KBV hat kritisiert, dass die Krankenkassen die finanzielle Abfederung ungerechtfertigter Verluste zu Lasten einzelner KVen abgelehnt haben. Auch der unparteiische Schlichter hat hier keine Ausgleichszahlungen der Krankenkassen vorgesehen.

Nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs

Der Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen geht davon aus, dass ein „nicht vorhersehbarer Anstieg der Morbidität“ vorliegt, wenn die Häufigkeit einer Erkrankung den Durchschnitt der Behandlungsfälle um mehr als 25 % überschreitet. In diesem Falle wird der Mehrbedarf von den Krankenkassen zusätzlich nur MGV vergütet.

Für die Vertragsärzte ist im Übrigen der Beschluss von besonderem Interesse, wonach die ärztlichen Leistungen bei der drohenden Pandemie auf jeden Fall als „nicht vorhersehbarer Anstieg des Behandlungsbedarfs“ außerhalb der MGV zu vergüten sind. Die Vertragsärzte müssen diese Leistungen in der Abrechnung besonders kennzeichnen.