

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann

Facharzt für
Allgemeinmedizin
Kapellenstraße 9,
D-65719 Hofheim

EBM-Reform 2013: Was ist zu erwarten?

Im Jahr 2013 soll es wieder einmal eine EBM-Reform geben. Im Gegensatz zu früheren, umfangreichen Reformen mit weitreichendem Umverteilungseffekt wird es sich dieses Mal aber eher um einen „technischen“ Umstieg handeln. Bis zum 1. Juli 2013 soll der EBM nämlich auf den kalkulatorischen Punktwert von 5,11 Cent umgestellt werden. Das klingt gut, muss aber für die Kassen kostenneutral ausfallen, sodass zu diesem Zeitpunkt nur die Punktzahlen bei der Bewertung der einzelnen Leistungen entsprechend zurückgenommen werden.

Das bisherige Bewertungssystem mit einem am Oberarztgehalt orientierten, kalkulatorischen Arztlohn (AL) und einem Praxiskostenanteil (TL) wird damit praktisch verlassen. Mit zusätzlichem Geld werden ab 1.7.2012 lediglich spezielle Maßnahmen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung sowie der geriatrischen und palliativmedizinischen hausärztlichen Ver-

sorgung einschließlich der Versorgung von Kindern mit chronischen Erkrankungen und/oder Behinderungen vergütet. Die Kassen stellen die Hälfte des zusätzlichen Honorarvolumens in Höhe von 125 Millionen Euro jedoch ohne Einführung der neuen Leistungen und ohne Zweckbindung bereits im ersten Halbjahr 2013 zur Verfü-

gung, sodass hier schon vorhandene unterbezahlte Leistungen finanziell gestützt werden könnten. Im hausärztlichen Bereich kämen diesbezüglich z. B. die Hausbesuche in Betracht, die 2010 nach Punkten deutlich aufgewertet wurden, ohne dass die Kassen dafür zusätzliche Geldmittel zur Verfügung gestellt hatten.

MMW Kommentar

Die Anpassung der Bewertung der einzelnen EBM-Leistungen an den Kalkulationspunktwert von 5,11 Cent bringt auch der einzelnen Praxis keinerlei Vorteil. Mit dieser Maßnahme soll lediglich gewährleistet werden, dass die Kassen künftig – wie 2012 geschehen – keine Forderungen mehr nach einer Reduktion des Punktwertes stellen und dabei auf dem Orientierungspunktwert von 3,5 Cent aufbauen können. Ob und ggf. inwieweit dieser „Schachzug“ der KBV in der Zukunft tatsächlich mit Honorarvorteilen verbun-

den ist, bleibt abzuwarten. Ein echtes Plus wird es nur bei den zusätzlich vergüteten Leistungen der hausärztlichen Geriatrie und Palliativmedizin geben. An diesem Honorarzuwachs werden aber nur diejenigen Hausärzte beteiligt sein, die entweder bereits über entsprechende Zusatzqualifikationen verfügen oder aber diese noch erwerben. Das bedeutet wiederum, dass Geld und (wertvolle) Zeit investiert werden muss, die der Patientenversorgung verloren geht.

Jetzt ist es amtlich: Grundsätzlich gilt Beratung vor Regress!

Der Grundsatz, dass die Prüfungsgremien vor Einleitung eines Arzneimittel- oder Heilmittelregressverfahrens erst einmal eine Beratung anbieten müssen, gilt mit In-



Beratung ist jetzt Pflicht.

kräfttreten des Versorgungsstrukturgesetzes (GKV-VStG) seit dem 1. Januar 2012, und zwar für alle laufenden und nachfolgenden Verfahren. Dies wurde durch das Zweite Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften klar gestellt: §106 Abs. 5e SGB V (BT-Drucksache 17/10156, Seite 95): „Dieser Absatz gilt auch für Verfahren, die am 31. Dezember 2011 noch nicht abgeschlossen waren.“ Die Prüfstellen und Beschwerdeausschüsse können seitdem keine Regresse mehr festsetzen, wenn nicht zu dem früheren Prüfungszeitraum die gesetzlich vorgeschriebene individuelle Beratung des Vertrags-

arztes/der Vertragsärztin erfolgt ist. Lediglich für ein bereits vor dem Inkrafttreten abgeschlossenes Widerspruchsverfahren gilt die Neuregelung nicht, auch wenn eine Klage gegen die Entscheidung des Beschwerdeausschusses noch anhängig ist.

MMW Kommentar

Ein zwischenzeitlich ergangenes Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27. Juni 2012 (Az.: S 2 KA 318/12 ER), das von einer gegenteiligen Sachlage ausgegangen ist, kann damit als gegenstandslos angesehen werden (siehe hierzu MMW 18/2012).