

Dachverband der Praxisnetze Schleswig-Holstein *DPN-SH*
Bahnhofstraße 1-3 – 23795 Bad Segeberg

DPN-SH

Dachverband der Praxisnetze
Schleswig-Holstein GbR

Geschäftsstelle:
Bahnhofstraße 1-3
23795 Bad Segeberg

Bismarckallee 1-6
23795 Bad Segeberg

Telefon 04551 –
Telefax 04551 –

Mobil

Informationen zur EBM-Reform 2013

Nr.5

DPN-SH Rundschreiben

10.12.2012

Sehr geehrte Damen und Herren,

im Folgenden finden Sie verschiedene Informationen und Stellungnahmen zum aktuellen KBV-Konzept für eine EBM-Änderung.

Neuer Hausarzt-EBM: Das plant die KBV

Die KBV-Vertreterversammlung will am Freitag über ein völlig neues Hausarzt-Kapitel im EBM abstimmen. Dem änd liegen nun erste Informationen zum künftigen Konzept vor – und die haben es in sich: Umverteilung ohne zusätzliches Geld, abgesenkte Grundpauschalen und rein diagnosebezogene Vergütungsteile dürften für heftige Kritik an dem KBV-Modell sorgen.

Hausärzte, die zusätzlich auch „abweichende Versorgungsleistungen“ (beispielsweise Akupunktur, Psychotherapie oder Substitution) anbieten, sind laut KBV-Simulationsberechnungen die großen Verlierer der geplanten Reform. Sie dürften gegen die Pläne Sturm laufen – da ihnen nicht die Pauschalen in voller Höhe zugestanden werden. Nach Meinung der KBV müssen in erster Linie für die Praxen Mittel bereit gestellt werden, die „den hausärztlichen Versorgungsauftrag tatsächlich wahrnehmen“, heißt es in einem Dokument, das dem änd vorliegt. Auf der Gewinnerseite daher: die „typischen Hausärzte“ in der Landarztpraxis. Auf der Verliererseite alle Stadtpraxen und dort vor allem die mit einem besonderen Leistungsspektrum.

Auffällig im geplanten EBM-Kapitel: Die neue Versichertenpauschale (03000) liegt laut Beispielrechnung niedriger als die bisherige Pauschale. Zum Vergleich: Die „alte“ Versichertenpauschale für die 6-59 Jahre alten Versicherten liegt derzeit bei 30,84 Euro, die neue für die Altersgruppe vom 19. bis zum 54. Lebensjahr nur bei 12,73 Euro. Dazu kommt dann zwar die neue „versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale“ von 8,50 Euro. Insgesamt bedeutet dies aber offenbar eine Absenkung der heutigen Pauschalen.

Neu sind auch Pauschalen, die „automatisch durch die KV zugesetzt“ werden sollen. Dies gilt für eine „versorgungsbereichsspezifische Grundpauschale“, für die Technikzuschläge sowie für den Chronikerzuschlag. Gerade für Letzteren soll die Kodierung über das ICD-10-System enorm wichtig

werden – Kritiker könnten dies als Neuauflage des mit den Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) gescheiterten Systems „pay for codes“ ansehen.

In dem neuen, abgeschlossenen Kapitel Hausärzte bleiben die alten EBM-Ziffern zwar weitgehend erhalten. Ein Teil der Hausarzt-Vergütung wird jedoch auch in neue Ziffern für Gesprächsleistungen, Onkologische Mitbetreuung, Geriatrie und Palliativmedizin fließen, ist dem KBV-Konzept zu entnehmen. Insider befürchten, dass die niedrigeren Grundpauschalen in dem Modell zu einem „Beschleunigen des Hamsterrades“ führen könnten: Es müssten mehr Leistungen erbracht werden, um das gleiche Geld zu erhalten. Das komplette Hausarzt-Kapitel sei lediglich eine aus Kassensicht „kostenneutrale Umverteilung“, die kein Problem löse.

Der KBV-Vorstand selbst scheint von dem Modell jedoch überzeugt. Auch der Fachausschuss für die hausärztliche Versorgung sei mit dem System einverstanden, betont er – allerdings unter „dem Vorbehalt von Simulationsrechnungen zur Überprüfung der Konsistenz des Konzeptes“. Die Delegierten werden am Freitag mit Spannung verfolgen, ob Köhler entsprechende Ergebnisse vorlegen kann.

Rubrik: Berufspolitik

05.12.2012 09:29 / js

© änd Ärztenachrichtendienst Verlags-AG

05.12.2012, Pressemitteilung zur E B M – Reform 2013

Pressemitteilung zur E B M – Reform 2013 Freie Ärzteschaft lehnt neues Umverteilungschaos ab

Anlässlich der aktuellen Diskussion innerhalb der vertragsärztlichen Körperschaften über eine weitere Reform des EBM warnt die Freie Ärzteschaft vor einem erneuten Honorar- und Umverteilungschaos zu Lasten der freiberuflich niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen.

Die unwiderrufliche kostenneutrale Angleichung des Orientierungspunktwertes an den betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent im Sinne eines Schuldenschnitts und die aktuellen Beschlussvorlagen zur Neugestaltung des EBM dokumentieren erneut die offenkundige Entfremdung der KBV- Planungsbehörde von den an der Versorgungsbasis tätigen Ärzte. In Kenntnis der Milliardenüberschüsse der Krankenkassen kann eine Stärkung der haus- und fachärztlichen Grundversorgung nicht ausgabenneutral um den Preis eines erneuten innerärztlichen Verteilungskampfes erfolgen. Eine Neuordnung des EBM im Sinne fester und angemessener Preise auf betriebswirtschaftlicher Grundlage in Euro und Cent ohne Abstufung und Mengenbegrenzung wäre ein Signal, das den Ärztinnen und Ärzten, besonders auch dem Nachwuchs, eine Zukunftsperspektive für die Niederlassung eröffnen könnte. Der KBV-Vorstand hat sich erst vor Wochen darin gefallen, grundsätzlich und in schonungsloser Offenheit die Abstrusitäten der gegenwärtigen vertragsärztlichen Bedingungen zu kritisieren und das Systemversagen des SGB V zu konstatieren. Daher mahnt die Freie Ärzteschaft umso entschiedener die Verantwortlichkeit dieses gleichen KBV-Vorstandes für das nun absehbare, überflüssige Honorar- und Umverteilungschaos öffentlich an. In Erinnerung gebracht sei exemplarisch der einstimmige Beschluss der Vertreterversammlung der KV Niedersachsen vom Dez. 2009: „Die KV stößt zunehmend an die Grenzen, die Honorarentwicklung darzustellen und an die Kolleginnen & Kollegen zu kommunizieren. Das aktuelle Honorarsystem ist am Ende, auch nicht mehr zu reformieren. Selbst kleine Kurskorrekturen schaffen neue Ungerechtigkeiten. Es muss ein komplett neues Vergütungssystem her“. Die Freie Ärzteschaft schließt sich dieser Einschätzung auch heute ohne Wenn und Aber an. Im Interesse der freiberuflichen niedergelassenen Vertragsärzte appelliert der Bundesvorstand der Freien Ärzteschaft an die Mitglieder der KBV-VV, den Beschlussvorlagen zur EBM-Reform 2013 am 07.12.2012 unter den gegenwärtigen Finanzierungsbedingungen ihre Zustimmung zu versagen. Keine neuen Leistungen ohne neues Geld. Mit einem Anteil von 16% (1970 noch 23%) aller GKV-Einnahmen ist die ambulante Medizin nachweislich unterfinanziert. Wir haben ein Finanzierungsproblem und kein Umverteilungsproblem. Die Patienten erleben diese kassengegebene Verschlechterung durch kurze Konsultationszeiten und lange Wartezeiten auf Termine, wir Ärzte durch den Niedergang eines ehemals unabhängigen und freien Berufes. Bundesvorstand Freie Ärzteschaft e.V. Ansprechpartner für die Presse: Konrad Grabenschroer, Mobil: 0170-4425104 / Dr. Susanne Blessing, Mobil: 0151-40004541, Büro und V.i.S.d.P.: Wieland Dietrich, Freie Ärzteschaft e.V., Vorsitzender, Gervinusstrasse 10, 24144 Essen – Mail:

dietrich.essen@email.de

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,
sehr geehrte Mitglieder der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Niedersachsen,

Soll und Haben gemäß Lehrer Bömmel „Feuerzangenbowle“: Wat is ne Dampfmaschin?

Da stelle ma uns ma ganz dumm, und sagen, en Honorar-Statistik besagt: 60.000 Hausärzte haben einen durchschnittlichen Honorarumsatz von 220.300,- Euro/Jahr, dat macht: en Haben von 13 Milliarden Euro/Jahr, 78.000 Fachärzte einen Honorarumsatz von 223.600,-Euro/Jahr, also 17 Milliarden Euro/Jahr.

Haben sollten sie aber entsprechend der betriebswirtschaftlichen Kalkulation im aktuellen EBM 5,11 Cent, bekommen haben wir aber nur 3,5 Cent, entsprechend einer betriebswirtschaftlichen Unterdeckung von 36%.

Rechne, rechne, rechne pi mal Daumen: 60.000 Hausärzte hätten bekommen sollen: 20 Milliarden Euro, d.h. 20-13 = Defizit von 7 Milliarden.

78.000 Fachärzte hätten 26 Milliarden Euro bekommen sollen, d.h. 26-17 = Defizit von 9 Milliarden.

Nach Adam Riese oder Lehrer Bömmel: Wir Vertragsärzte subventionieren das Deutsche Gesundheitssystem mit 16 Milliarden Euro / Jahr.

Die Kostenträger generieren gerade eine Milliardenplus, laut Prognosen, „wonach am Ende dieses Jahres 27 Milliarden Euro auf der hohen Kante liegen werden, mochte Pfeiffer nicht bestätigen. Aber in die Richtung gehe es, sagte sie. [Die Welt]“

Die Antwort unserer KBV-Spitze: Durch die kostenneutrale Angleichung des Orientierungspunktwertes von 3,5 Cent auf den betriebswirtschaftlich kalkulierten Punktwert von 5,11 Cent erfolgt durch unsere Selbstverwaltungsorgane ein Schuldenschnitt gegenüber den Krankenkassen von 16 Milliarden.

Die Antwort von Lehrer Bömmel: Da stelle ma uns nicht nur ma dumm, da sin ma auch ziemlich dumm.

Doch der zweite Streich unserer KBV-Spitze folgt so gleich, getreu dem Motto „keine Atempause Geschichte wird gemacht“ prügeln wir mal morgen auf die Schnelle einen Umverteilungs-EBM durch die Vertreterversammlung der es in sich hat.

Das Hauen & Stechen, der innerärztliche Verteilungskampf wird durch unsere Selbstverwaltung höchstpersönlich eröffnet,

„konservativer FA“ gegen „technischer FA“, „typischer HA“ gegen „atypischen HA“, Bezahlung für Codierung, etc. etc. .

Ich meine, die Freie Ärzteschaft meint: „SO NICHT – SEHR GEEHRTER DR. KÖHLER – kein Honorar- und Umverteilungschaos zu Lasten der freiberuflich niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen angesichts der Milliardenüberschüsse der Krankenkassen. Kein Ausverkauf von Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit zu Gunsten ihrer planwirtschaftlichen Dialektik.

Der Bundesvorstand der Freien Ärzteschaft, Kollege Reinhardt vom Hartmannbund, Kollege Wesiack vom BDI, Kollege Baumgärtner von Medi und ab heute auch Kollege Weigeldt vom Deutschen Hausärzterverband sprechen sich eindeutig gegen diesen Umverteilungs- & Spaltungs EBM aus.

Lassen Sie sich davon motivieren, dem KBV-Vorstand ihre Meinung per E-Mail zukommen zu lassen.

An: info@kbv.de

Betreff: **Abstimmung neuer EBM am 07.12.12**

Text: *Sehr geehrte Kolleginnen & Kollegen der KBV-VV, hinsichtlich des Umverteilungs-EBM 2013 & "Pay for ICD" stimme ich mit: NEIN.*

Mit freundlichen Grüßen

xyz, Vertragsarzt

<http://www.hippokranet.com/de/forums/thread/16/65397/654726>

Ich, wir würden uns über eine rege Teilnahme freuen.

Mit freundlichen Grüßen

Konrad Schneider-Grabenschröer

Bitte leiten Sie diese Mail in ihrem persönlichen Verteiler weiter.

Rundbrief des Bundesvorsitzenden des Deutschen Hausärzteverbandes

Liebe Kolleginnen, liebe Kollegen,

Berlin, 6. Dezember 2012

wenn die KBV-Vertreterversammlung am 6. und 7. Dezember 2012 nach dem 0,9%-Honorardesaster auf den Orientierungspunktwert über einen neuen EBM debattiert ist sicher die Frage berechtigt, was das soll. Fraglich ist auch, warum der hausärztliche Teil im EBM jetzt, der fachärztliche Teil aber erst Ende 2014 umgesetzt werden soll. Geschäftsführender Vorstand, Gesamtvorstand und die Landesverbände des Deutschen Hausärzteverbandes, haben sich eingehend mit den aus der KBV- Administration bekannt gewordenen Vorstellungen zur erneuten EBM-Reform befasst und diese einstimmig abgelehnt.

Gleichzeitig wurde ein Antrag der Hausarztfraktion in der KBV erarbeitet, der eine bessere Vergütung typisch hausärztlicher Leistungen wie den Hausbesuch sowie Leistungen im Bereich Geriatrie und Palliativmedizin einfordert. Zusätzliche Zwangsförderungen dafür lehnen wir allerdings ab. Zum einen sind diese Kompetenzen bereits weitgehend in der Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin abgebildet, zum anderen bieten wir über das Institut für hausärztliche Fortbildung regelmäßig auch in diesen Bereichen entsprechende Schulungen an, die im Rahmen der kontinuierlichen berufs- begleitenden Weiterbildung auch angenommen werden. Letztlich ist der wirtschaftliche Aspekt zu berücksichtigen (dazu ist ein EBM ja da), dass sich die Investition in spezifische Fortbildungen auch amortisiert. Damit sieht es bei dem KBV-Vorschlag allerdings schlecht aus.

Warum aber lehnen wir die Vorstellungen der KBV ab? Dies sei hier stichwortartig begründet, da unserer Ansicht nach solche eingreifende Änderungen nicht top-down durchgesetzt werden können, sondern die Fachgruppe die Chance haben muss, entsprechende Änderungen des EBM zu diskutieren.

Nach den Vorstellungen der KBV, sollen Hausärzte in typische und atypische unterteilt werden, wozu verschiedene Kriterien Anwendung finden sollen. Dieser Absicht geben wir zwar keine Chance, aber es ist die Absicht, die verstimmt: Im zweiten Schritt sollen nämlich die Honorare der so genannten atypischen Hausärzte abgesenkt werden, um mit diesem Geld die so genannten typischen Hausärzte zu fördern.

Diese Spaltung der Hausärzte lehnen wir kategorisch ab!

Die ambulante Versorgung ist unterfinanziert, ganz besonders der hausärztliche Versorgungsbereich. Und jetzt sollen sich die Unterfinanzierten gegenseitig das Geld wegnehmen und darüber streiten, wer typischer Hausarzt ist und wer nicht? Das ist doch absurd! Es taugt noch nicht einmal zur Ablenkung des KBV-Honorardesasters. Denn schon jetzt zeigt sich, dass die zusätzlich auf Landesebene versprochenen Honorarzuwächse am Nein der Krankenkassen scheitern.

Wer sich die Details der geplanten Reform ansieht, wird feststellen, dass das Hamsterrad der Einzelleistung wieder angeworfen wird und zusätzlich komplizierte Abstaffelungsregelungen bei den technischen Leistungen Einzug halten sollen. Wir dürften unsere Zeit dann mit abrechnungsoptimierenden Computerprogrammen verbringen, um kein Honorar zu verschenken.

Alle Erfahrung zeigt, dass solche Regelungen zu einer inflationären Entwertung der Leistungen führen und mitunter in rückwirkenden Budgetierungen enden. Über automatisch ablaufende Abrechnungsprozesse will man zudem davon ablenken, dass die ICD-Kodierung trotz Unterfinanzierung auf eine neue Stufe gehoben werden soll, ohne dass dieser zusätzliche Aufwand entsprechend vergütet werden wird.

Dies mag für heute genügen, aber wir werden uns mit diesem Projekt der KBV sicher weiter befassen müssen, schließlich geht es um weiterhin den größten Teil der Praxiseinnahmen.

Mit den Regelungen in unseren freien Verträgen nach § 73b SGB V, ob einvernehmlich oder geschiedst, beweisen wir, dass es auch anders geht, und dass der hausärztlichen Leistung ein Honorar in Euro und Cent gegenübersteht. Die Evaluation und die Erfahrung aus dem nunmehr fast fünf Jahre laufenden Vertrag mit der AOK Baden-Württemberg beweisen, dass die Förderung der Qualität und eine angemessene Honorierung der Hausärzte ein Gewinn für alle Beteiligten ist: Patienten, Hausärzte und Krankenkassen.

Herzliche Grüße

Ulrich Weigeldt Bundesvorsitzender