

## **Zu- und Abschläge für Unter- und Überversorgung - Punktwertlotterie löst Planungssicherheit ab.**

**Von Burkhard Bratzke**

Der erweiterte Bewertungsausschuss ( gleichsam das „Bundesschiedsamt“) hat am 02.09.2009 einen Beschluss zur Höhe und Anwendung von Orientierungspunktwerten im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung gemäß § 87 Abs. 2e SGB-V getroffen. (s. Deutsches Ärzteblatt 106, Heft 39, vom 25. September 2009, S. 1913 ff).

Zum 01.01.2010 werden Zu- und Abschläge auf den regionalen Punktwert vorgenommen. Für das Jahr 2010 zunächst nur für neu niedergelassene Ärzte und Psychologische Psychotherapeuten. Ab 2011 sollen auch „Altpraxen“ gestaffelte Punktwerte je nach Versorgungsgrad bekommen. Dies gilt allerdings nur für die Abschläge, die Zuschläge werden sofort bezahlt.

### **Versorgungsgrade und Zu-/ Abschlagsgruppen**

Zunächst werden 5 Versorgungsgrade definiert. Dabei werden die Gruppen Fachärzte (FÄ), Hausärzte (HÄ) und Psychologische Psychotherapeuten (PT) weitgehend gleich behandelt. Allerdings werden beim Umfang der Regelversorgung für Hausärzte andere Grenzen gezogen. Unter Heranziehung der Bedarfsplanungsrichtlinie Anl. 5 Nr.4 bestehen folgende Versorgungsgrade: Überversorgung II (größer/gleich 150 %), Überversorgung I (110 % bis 149 %), Regelversorgung (Bei HÄ 75 bis 110 %, bei FÄ und PT 50 bis 110 %), Unterversorgung I (Bei HÄ größer/gleich 56,25 und kleiner 75 %, bei FÄ und PT größer/gleich 37,5 und kleiner 50 %), und Unterversorgung II (Bei HÄ unter 56,25 % und bei FÄ und PT unter 37,5 %).

Für die Berechnung der Zu-/Abschläge werden wiederum 3 Gruppen gebildet und entsprechend des Grads der Über- bzw. Unterversorgung entsprechende Faktoren für Abschläge (FA) und Zuschläge (FZ) zugeordnet. Ermächtigungen werden dabei nicht mitgezählt. Auch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen und die Universitätsambulanzen fließt nicht in die Berechnung ein. Die Zu- und Abschläge werden in Prozent des regionalen Punktwertes ausgedrückt. Die prozentualen Zu- und Abschläge werden ab Erreichen eines Grenzwerts fällig. Es ist für deren Höhe egal, ob. eine Überversorgung von z.B. 151 % oder von 340% besteht. Gänzlich unklar ist, wie häufig innerhalb eines Jahres die Versorgungsgrade und Zu/ Abschläge festgelegt werden. Folgt man den historischen Pfaden, wird wohl der regionale Landesausschuss auch diese Werte festlegen. Die Zu/ Abschläge würden dann für mindestens ein Quartal unveränderlich sein - in Berlin tagte der Landesausschuss zuletzt nicht einmal mehr jährlich.

Es gelten drei unterschiedliche Werte für die prozentualen Abzüge bzw. Zuschläge vom Punktwert:

*Gruppe 1: Alle Fachgruppen außer Radiologen, Chirurgen und Psychotherapeuten:*

Überversorgung II: - 14 %, Überversorgung I: -7 %,
   
Unterversorgung I: +10 %, Unterversorgung II: +20 %

*Gruppe 2: Radiologen, Chirurgen:*

Überversorgung II: -11 %, Überversorgung I: -5,5 %,
   
Unterversorgung I: +8 %, Unterversorgung II: +16 %

*Gruppe 3: Psychotherapeuten:*

Überversorgung II: -19 %, Überversorgung I: -9,5 %,
   
Unterversorgung I: +13,5 %, Unterversorgung II: +27 %

Versorgungsgrade und prozentuale Zu-/Abschläge	Arztzahl in % der fachärztlichen Bedarfsplanung	Arztzahl in % der hausärztlichen Bedarfsplanung	Zu /Abschläge FÄ/HÄ	Zu /Abschläge Chir /Rad	Zu /Abschläge PPT
Überversorgung II	Über 150%	Über 150%	- 14 %	- 11 %	- 19 %
Überversorgung I	>110 bis 150%	>110 bis 150%	- 7 %	- 5,5 %	- 9,5 %
Regelversorgung	50 bis 110%	75 bis 110 %	0	0	0
Unterversorgung I	37,5 bis <50	56,25 bis <75 %	+ 10 %	+ 8 %	+ 13,5 %
Unterversorgung II	Unter 37,5 %	Unter 56,25%	+ 20 %	+ 16 %	+ 27 %

Der einheitliche Regelpunktwert von 3,5048 cent für 2010 wird somit durch 15 verschiedene Punktwerte ersetzt – aber nicht in jeder kassenärztlichen Vereinigung.

Punktwert 3,5048	Arztzahl in % der fachärztlichen Bedarfsplanung	Arztzahl in % der hausärztlichen Bedarfsplanung	Punktwert FÄ/HÄ	Punktwert Chir /Rad	Punktwert PPT
Überversorgung II	Über 150%	Über 150%	3,01	3,12	2,84
Überversorgung I	>110 bis 150%	>110 bis 150%	3,26	3,31	3,17
Regelversorgung	50 bis 110%	75 bis 110 %	3,50	3,50	3,50
Unterversorgung I	37,5 bis <50	56,25 bis <75 %	3,86	3,79	3,98
Unterversorgung II	Unter 37,5 %	Unter 56,25%	4,21	4,07	4,45

Darüber hinaus wird im Sinne einer Konvergenzphase zwischen bereits vor dem 01.01.2010 niedergelassenen Ärzten und späteren (neu)Niederlassungen unterschieden. Während die Zuschläge „ab sofort“ gelten, werden die Abschläge für Altpraxen von 2011 bis 2016 mit jährlicher Steigerung um 0,1 scharf gemacht. Für die „Neupraxen“ verkürzt sich der Übergang auf die Jahre bis 2013. Schon werden aus einem Regelpunktwert deren 27 verschiedene – immer noch nicht in jeder KV. Denn dort werden es jetzt noch mehr. Denn für jede der fachärztlichen und hausärztlichen Fachgruppen muss

der Versorgungsgrad individuell ermittelt werden. So kann für Fachärztliche Internisten Überversorgung II zur Anwendung kommen, für Augenärzte Überversorgung I und für Dermatologen eine Stufe der Unterversorgung. In flächenmäßig großen KVen kann der Kollege auf der anderen Straßenseite (unterversorgter Landkreis) einen ganz anderen Punktwert als der Kollege gegenüber (überversorgter Stadtrandbereich) bekommen.

Verstärkt wird diese Punktwertinflation durch Gemeinschaftspraxen und MVZ. Hier ist es möglich, dass gleichzeitig unter einem Dach und unter einer Betriebsstättennummer mehrere Ärzte praktizieren, deren individuelle Niederlassungshistorie den einen als Alt-Arzt in der Regelversorgung, den anderen als Alt-Arzt in der Überversorgung verschiedener Grade und dann noch einen weiteren als Neu-Arzt in im unterversorgten Fachgebiet einstuft. Sinn einer Gemeinschaftspraxis ist die gegenseitige Unterstützung, die Vertretung untereinander und die fachübergreifend gemeinsame Patientenbehandlung. Deshalb gilt im jetzigen EBM: Für diese Berufsausübungsgemeinschaften können die arztindividuell zugeteilten RLV – Volumina in gemeinsamer Arbeit von jedem beliebigen Arzt ausgefüllt werden solange er sich innerhalb seiner Fachgebietsgrenzen bewegt. Der Vielarbeiter kann gleichsam das Regelleistungsvolumen des zurückhaltend tätigen „absaugen“ und mit seinen Leistungen füllen. An dieser Stelle hat der erweiterte Bewertungsausschuss eine gewisse Unübersichtlichkeit konstatiert und beschlossen, für jedes MVZ und jede Gemeinschaftspraxis einen praxisindividuellen Mischpunktwert mit Gültigkeit für alle dort tätigen Ärzte und PT berechnen bzw. festlegen zu lassen. In Deutschland gibt es rund 1.200 MVZ und ca. 50.000 Gemeinschaftspraxen. Jetzt sind wir endgültig in dem Bereich angekommen, wo sich der von der Politik versprochene planungssichere Regelleistungspunktwert mit seinem Euro-EBM über alle Ärzte zu vielen unkalkulierbaren arztindividuellen Einzelwerten wandelt. Während früher wenigstens noch innerhalb einer Arztgruppe in einem KV-Bereich eine Leistung immer gleich bezahlt wurde, gelten in Zukunft differenzierte Preise nach Niederlassungszeitpunkt.

Bei diesem Tsunami verschiedener Punktwerte ist die Feststellung nur noch am Rande interessant, dass bei Sonderbedarfzulassungen zwischen Kassen und KV der zu verwendende Punktwert des Arztes vom Versorgungsgrad abweichend vereinbart werden kann.

Es wird sich kaum erreichen lassen, die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen durch diese Form der Punktwert- Zu- und Abschläge zu verbessern. Eine Arztpraxis ist schließlich ein kleines mittelständiges Unternehmen mit einer mindestens 6-stelligen Eurosumme als Primärinvestition und einer Unternehmensplanung über mehrere Jahrzehnte. Die beabsichtigte Punktwertlotterie in der GKV wird eine sinnvolle Steuerung einer dauerhaften gleichmäßigen ambulanten Versorgung nicht herbeiführen können. Bestenfalls kann sie für eine kurzfristige Heuschreckeninvasion Anreize bieten.