

Budgetierung | Was ist das?

Eine Praxis niedergelassener Vertragsärzt*innen finanziert sich vor allem aus **zwei Einnahmequellen**: aus der Vergütung der **gesetzlichen Krankversicherung** (GKV) und aus der **Gebührenordnung für Ärzte**, die die Abrechnung außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung regelt. Darunter fallen die Selbstzahler*innen, die privat krankenversichert sind, sowie Patient*innen, die individuelle Gesundheitsleistungen (IGeL) in Anspruch nehmen. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten einen bestimmten Betrag je Quartal zur Verfügung – die sogenannte **Gesamtvergütung**. Die Höhe steht zum größten Teil schon zu Beginn eines Jahres fest. Das Geld geht nicht direkt von den Krankenkassen an die Praxen, sondern an die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen), die es wiederum verteilen.

Einheitlicher Bewertungsmaßstab als Grundlage

Zunächst reicht die Ärztin oder der Arzt quartalsweise für alle im jeweiligen Quartal behandelten Patient*innen eine Abrechnung bei der zuständigen KV ein. Die Grundlage für die Abrechnung bildet der **Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM)**. Er ist eine Art Katalog und umfasst einen Großteil der Leistungen, die niedergelassene Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen mit den gesetzlichen Krankenkassen bundesweit abrechnen können. Daneben gibt es noch in geringem Umfang regionale Vereinbarungen wie zum Beispiel die Schutzimpfungen.

Die Leistungen des EBM haben keine feste Vergütung in Euro, sondern sind in Punkten bewertet. Die Bewertung der **Leistungen in Punkten** legt ein Bewertungsausschuss für das gesamte Bundesgebiet fest. Der Bewertung liegen die Praxiskosten je Leistung sowie der Zeitaufwand der Ärztin bzw. des Arztes zugrunde. Viele **Leistungen sind in der Häufigkeit begrenzt**, zum Beispiel hausärztliche Gespräche. Zudem sind viele Leistungen im EBM **über eine Quartalspauschale** abgegolten, unabhängig davon, wie oft eine Patientin bzw. ein Patient in die Praxis kommt.

Seit 2009 steht hinter jeder Leistung nicht nur eine Punktzahl, sondern ein fester Euro-Wert. Dieser Euro-Wert kommt zustande, indem die den Einzelleistungen zugeordneten Punkte mit einem jährlich auf Bundesebene weiterentwickelten **Orientierungswert** multipliziert werden. Der Orientierungswert ist der hierbei zugrunde gelegte Umrechnungsfaktor der Punktzahl in den Euro-Betrag.

Großteil der Leistungen gedeckelt

Ein Großteil der ambulanten Leistungen wird aus der **morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** (MGV) honoriert. Diese ist **für das jeweilige Quartal gedeckelt**. Je mehr Leistungen die Ärzt*innen abrechnen, desto geringer ist die Vergütung der einzelnen Leistungen. Dies bildet sich über einen geringeren Punktwert (Verhältnis Geldmenge zu erbrachten Leistungen in Punkten) ab.

Hat die/der einzelne Vertragsärztin/Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeutin/Vertragspsychotherapeut eine bestimmte Leistungsmenge im Quartal überschritten, so wird der bereits **quotierte Punktwert** für die Leistungen über dem Budget nochmals abgesenkt. Dadurch werden die Leistungen mit einem geringeren Umrechnungsfaktor als dem

Orientierungswert vergütet. Das bedeutet, es können **nicht alle abgerechneten Leistungen zu den Preisen vergütet werden, die im EBM stehen.**

Zusätzliches Geld stellen die gesetzlichen Krankenkassen für Leistungen außerhalb der MGV als **extrabudgetäre Gesamtvergütung** bereit. Dazu zählen besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Psychotherapie oder ambulante Operationen. Diese Leistungen unterliegen nicht der Mengensteuerung und werden fest mit dem Orientierungswert und damit den Preisen des EBM vergütet. Der extrabudgetäre Teil umfasst aber **nur ein Viertel der Gesamtvergütung.**

Kosten nicht voll erstattet

Zwar richtet sich die Gesamtvergütung in der ambulanten Versorgung nach dem Orientierungspunktwert, der nach Morbiditäts- und Demografie-Entwicklung sowie unter Anwendung des Zeitscheibenmodells fortentwickelt wird. Der Budgetdeckel besteht aber weiterhin.

Die durch die Budgetierung nur unvollständige Vergütung der ohnehin durch die Gebührenordnung begrenzten EBM-Leistungen bedeutet, dass **nur ein Teil** der für den reinen Betrieb und die Leistungserbringung **anfallenden Kosten der Praxis erstattet** wird und die Ärzt*innen **keine adäquate Vergütung** für ihre persönlich erbrachten Leistungen erhalten. Die Praxen erfahren erst mehrere Monate später, welche Vergütung sie für ihre erbrachten Leistungen bekommen. Eine **planbare Praxisführung** ist somit **kaum möglich**, die Aufnahme neuer Patient*innen wird nicht adäquat honoriert.

Ein Teil der erbrachten, aber seitens der gesetzlichen Krankenkassen nicht vergüteten Leistungen bleibt schlichtweg **unterfinanziert** und muss von den Praxen **aus der eigenen Tasche** oder durch **andere Leistungen wie zum Beispiel Privatpatient*innen quersubventioniert** werden.