

Was ist eigentlich ... der (Orientierungs-) Punktwert?

Von Ulrike Böker

Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) wurden die abrechnungsfähigen ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leistungen lange nicht mit der Angabe eines Euro-Preises gelistet, sondern nur mit Bewertungspunktzahlen, die die Relationen der Leistungen zueinander ausdrücken sollten. Diese Punktzahlen wurden dann in der jeweiligen KV multipliziert mit dem regionalen Punktwert, und das ergab den regionalen Preis der Leistung.

Seit 2009 gibt es den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert, und seitdem wird im EBM neben der Punktzahl auch der bundesweit gültige Euro-Preis gelistet.

Für die Ermittlung der Vergütungshöhe der einzelnen Leistungen werden also die Punktzahlen mit dem Orientierungspunktwert multipliziert. Der Orientierungspunktwert, der auf Bundesebene jedes Jahr zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Spitzenverband der Krankenkassen neu verhandelt und vom (Erweiterten) Bewertungsausschuss festgelegt wird, gibt den Cent-Wert für einen Punkt an. Dieser liegt derzeit bei 10,6543 Cent. Als Beispiel ergibt sich für eine probatorische Sitzung mit 621 Punkten eine Vergütung von 66,16 Euro ($621 \text{ Punkte} \times 10,6543 \text{ Cent} = 6616,3203 \text{ Cent}$ – in Euro-Betrag umgewandelt ergeben sich 66,16 Euro).

Für 2019 wurde der OPW ganz aktuell mit einem Anstieg von 1,6 % verhandelt und liegt damit bei 10,8226 Cent. Entsprechend steigt die Vergütung jeder psychotherapeutischen Leistung um 1,6 %. Die Erhöhung soll übrigens die allgemeinen Preissteigerungen abbilden, aber nicht eine verbesserte Vergütung der Arztminute bewirken.

Es wäre schön, wenn alle Leistungen nun auch tatsächlich zu diesen Euro-Preisen vergütet würden. Viele Leistungen werden aber aus der sogenannten Morbiditätsabhängigen Gesamtvergütung MGV bezahlt. Hier gibt es für jede Fachgruppe einen Facharzttopf, in den eine bestimmte Honorarsumme eingestellt ist. Werden nun mehr Leistungen angefordert, als Honorar zur

Verfügung steht, dann werden diese Leistungen der Fachgruppe nur noch quotiert vergütet. Das bedeutet, dass bei zunehmender Abrechnungsmenge die Vergütung im Sinne einer Abstufung sinkt. Die davon betroffenen Leistungsziffern unterliegen also der sogenannten Budgetierung. Für die betroffenen Ziffern lässt sich erst am Ende des Abrechnungszeitraums sagen, wie hoch die Leistung vergütet wird.

Im psychotherapeutischen Bereich werden jedoch nahezu alle Leistungen extrabudgetär, also außerhalb der gedeckelten MGV vergütet – d.h. sie unterliegen nicht der eben erwähnten Mengenbegrenzung und werden 1:1 entsprechend der oben aufgeführten Multiplikationsrechnung als Einzelleistungen zur Euro-Gebührenordnung von der Krankenkasse vergütet.

Zu den nicht extrabudgetären und damit in den meisten KVen quotierten „Restleistungen“ der Psychotherapeuten zählen die Grundpauschalen, Tests, Berichte an den Gutachter, die Ziffern 35140 und 35141, übende Verfahren, die Samstagssziffer und auch die Pauschalen zur Förderung der fachärztlichen Grundversorgung. Die Gesprächsziffern sind hingegen noch bis Ende 2018 ausbudgetiert.

Ausbudgetiert sind alle Antragspflichtigen Leistungen, die Probatorik sowie die neuen Leistungen Psychotherapeutische Sprechstunde und Akutbehandlung.

Es soll hier aber noch erwähnt werden, dass es KVen gibt, die alle Leistungen voll vergüten, weil sie die Psychotherapeuten unterstützen wollen, die immer weit abgeschlagen am unteren Ende der Umsatztabelle stehen.