Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet

Kompromiss bei den Spezialärzten scheint gefunden

— Nach einer lauen Debatte über die ärztliche Versorgung im Land hat der Bundestag Anfang Dezember das Versorgungsstrukturgesetz verabschiedet. Künftig sind für seltene und schwierige Krankheiten die Spezialärzte gefragt. Besonders um diesen dritten Sektor gab es jedoch Zoff zwischen Bund und Ländern. Die Länder hatten aus Angst vor explodierenden Kosten eine eingebaute Mengenbegrenzung gefordert. Nun wurde anscheinend ein Kompromiss gefunden: Auf Drängen der Länder wird der gesamte Bereich der ambulanten Operationen nun doch nicht Bestandteil der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung. Aus Sicht des BÄK-Chefs Frank Ulrich Montgomery ist das der richtige Weg, um einer Mengenausweitung entgegen zu wirken. Neu ist ein Begriff: So hat sich die „ambulante spezialärztliche Versorgung“ gegen

Ende des Gesetzgebungsverfahrens in die „ambulante spezialfachärztliche Versorgung“ verwandelt. Hausärzte sind damit aber nicht völlig außen vor: In Einzelfällen könnten auch Fachärzte, die den Hausärzten zuzurechnen sind, an der spezialfachärztlichen Versorgung teilnehmen, zum Beispiel bei der Behandlung von HIV/AIDS-Patienten, heißt es in der Gesetzesbegründung. Durchgesetzt haben sich niedergelassene Ärzte mit ihrer Forderung, Patienten nur mit einer Überweisung durch einen Vertragsarzt in diese Versorgungsform zu schicken. Abgerechnet werden wird in der spezialfachärztlichen Versorgung direkt mit den Krankenkassen. Vertragsärzte, auch das ist neu, können mit der Abrechnung dieser Leistungen auch ihre KV beauftragen.

Sunna Gieseke / Anno Fricke

Abrechnungstipp

Höher bewertete Grundpauschalen – doch was bringt das?

— Zum 1. Januar 2012 haben sich die Bewertungen der urologischen Grundpauschalen 26211 und 26212 geändert. Während die Nr. 26211 mit 470 anstatt 465 Punkten nur moderat angehoben wird, steigt die Vergütung für die Nr. 26212 von 510 auf 560 Punkte, immerhin ein Anstieg von fast 10%. Damit einhergehend erhöht sich die Kalkulationszeit von 19 auf 21 Minuten und die Prüfzeit von 15 auf 17 Minuten.

Wenn man die blanke Honorarerhöhung der beiden Grundpauschalen betrachtet, hat man das Regelleistungsvolumen (RLV) schneller aufgefüllt, das heißt es können weniger Patienten mit echtem Honorarzuwachs behandelt werden. Bei angenommenen 500 Rentnerfällen ergibt sich ein (fiktives) Honorarplus von 25.000 Punkten. Die werden aber nur erreicht, wenn vorher das RLV nicht ausgelastet war. Wenn doch, dann gilt: Bis zur Erreichung derselben Punktzahl im RLV können dann statt 500 nur noch 455 Patienten behandelt werden. Bezüglich der Prüfzeit und des Zeitprofils der Praxis machen diese 500 Rentnerfälle ein Plus von 16,6 Stunden aus. Diese Zeit fehlt dann für die Behandlung der Patienten mit den übrigen Leistungen oder sie muss vom Vertragsarzt zusätzlich unentgeltlich geopfert werden.

Fazit: Die Änderung hat eine schnellere Erschöpfung des RLV zur Folge, führt aber entweder zu einer Zunahme der nicht bezahlten Arbeitszeit von Arzt und Ärztin oder aber zu einem geringeren Patientendurchgang, was wiederum zu einer Reduktion des RLV im Folgejahr führt. Der Vorteil dieser Änderung ist also fragwürdig, solange das RLV nicht gleichzeitig erhöht wird.

Dr. Heiner Pasch