

VON HAUSARZT ZU HAUSARZT



Dr. Gerd W. Zimmermann
 Facharzt für
 Allgemeinmedizin
 Kapellenstraße 9,
 D-65719 Hofheim

BAG: Zuschläge wieder geändert

— Bereits am 22. Dezember 2010 hatte der Bewertungsausschuss eine neue Zuschlagsregelung für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) beschlossen (MMW berichtete darüber). Maßgebend für die Höhe des Zuschlags ist demnach künftig ein sog. Kooperationsgrad, der aus der Anzahl der in einer BAG oder einem MVZ von mehreren Ärzten behandelten Patienten (Fällen) resultiert.

Diese Definition des Kooperationsgrades (Abschnitt I., Nr. 1.3.1 des RLV-Beschlusses) wurde nunmehr vom Bewertungsausschuss dahingehend konkretisiert, als nur die RLV-relevante Arztfallzahl der Arztpraxis im Vorjahresquartal, dividiert durch die Zahl der Behandlungsfälle (gemäß 2.6, Satz 1 des Beschlusses) minus 1 und multipliziert mit 100 herangezogen wird.

MMW Kommentar

Dem als Konkretisierung bezeichneten neuerlichen Beschluss liegt streng genommen ein Denkfehler bei der Ursprungsstruktur zugrunde. Danach wären auch für das Regelleistungsvolumen irrelevante, z.B. extrabudgetäre Arztfälle auf den Kooperationsgrad angerechnet worden. Eine BAG aus Laborarzt oder Pathologen/Zytologen z.B. mit einem anderen Arzt aus einer RLV-Gruppe hätte dann grundsätzlich zum maximalen Zuschlag von 40% geführt.

Dies wird durch den Korrekturbeschluss verhindert. Die Gesamtregelung tritt zum 1. Juli 2011 in Kraft, wird aber voraussichtlich auch nur eine kurze Lebensdauer erreichen, wenn die Kooperationsgrade ansteigen und dann nicht mehr finanzierbar sein werden.

Hausbesuche bald zum heimlichen Nulltarif!

— Nach einem Beschluss des Bewertungsausschusses werden Haus- und Heimbesuche ab 1. April 2011 deutlich besser und unbudgetiert honoriert. Die neue Vergütung erfolgt allerdings nicht extrabudgetär, sondern nur außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) bzw. der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Jeder Besuch wird damit zwar zum Preis des Euro-EBM vergütet, das notwendige fi-

vor es zu so einer Entwicklung kommt, gilt es aber auch zu beachten, dass die (Plausibilitäts-)Prüfzeiten bei der Nr. 01410 EBM von 15 auf 20 Minuten und bei der Nr. 01413 EBM von 5 auf 7 Minuten erhöht wurden, Daraus könnte bereits eine rein biologische Mengenbegrenzung resultieren. Im RLV-Beschluss zu den Praxisbesonderheiten (Abschnitt I., Nr. 3.7) wurde eine Klarstellung aufgenommen. Danach kann

Hausbesuche: neue Werte			
EBM	Legende	Wert alt €	Wert neu €
01410	Besuch	15,42	21,03
01413	Mitbesuch	7,54	10,51
01415	Dringender Heimbesuch	54,15	54,15

Erfreulich: Haus- und Pflegeheimbesuche werden aufgewertet. Ärgerlich: Die Finanzierung erfolgt durch Umverteilung – die Kassen kostet das keinen Cent!

nanzielle Volumen wird aber aus dem Honorarzuwachs 2011 generiert und damit als sog. Vorwegabzug den übrigen Leistungen im RLV entzogen.

Betroffen sind die Nrn. 01410 EBM (Besuch eines Kranken), 01413 EBM (Besuch eines weiteren Kranken) und 01415 EBM (Dringender Besuch eines Patienten in beschützenden Wohnheimen).

Die Bewertung der Nr. 01415 EBM bleibt bei 54,15 Euro. All diese neuen Einzelleistungsvergütungen sind allerdings auch nicht hundertprozentig sicher. Führt diese Regelung zu einer ungewollten Ausweitung der Hausbesuchstätigkeit – so die Entscheidung des Bewertungsausschusses – sind KV und Kassen verpflichtet, geeignete Gegenmaßnahmen zu entwickeln. Im Klartext bedeutet dies, dass dann doch Budgetierungsmaßnahmen – z.B. über eine Quotierung des Punktwertes – und damit eine Preisreduktion möglich sind. Be-

sich aus der ärztlichen Besuchstätigkeit in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen sowie in Alten- oder Pflegeheimen ein besonderer Versorgungsauftrag ergeben, welcher eine Erhöhung des RLV oder betroffener QZV zur Berücksichtigung des erhöhten Leistungsbedarfs während der Besuche rechtfertigen kann. Dies bedeutet, dass in

Einzelfällen ein Arzt auf Antrag bei nachweislichem Schwerpunkt der Praxis in der Betreuung von Besuchspatienten zusätzlich zu diesen Maßnahmen noch eine Anhebung des RLV- und/oder QZV-Volumens erhalten kann (zum Thema auch S. 12 ff.).

MMW Kommentar

Der Beschluss beinhaltet lapidar auch die Feststellung, dass Vereinbarungen, die eventuell bereits auf Landesebene mit den Krankenkassen zur Förderung der Besuchleistungen getroffen wurden, von der jetzt beschlossenen bundesweiten Regelung unberührt bleiben. Genau das ist aber der „Knackpunkt“ bei diesem Beschluss: Die in vielen KV-Bereichen zur Zeit verhandelten bzw. in einigen Fällen schon umgesetzten Selektivverträge zur Förderung der Versorgung von Heim- und Pflegeheimpatienten werden durch diese Neuregelung regelrecht gemeuchelt.