

Ausschöpfen des RLV ist kein Selbstläufer

— Die im EBM ausgewiesenen Beträge in Euro und Cent werden nicht voll ausbezahlt. In regionalen Honorarverteilungsmaßstäben wird der Hauptteil des Geldes budgetiert: in Regelleistungsvolumina (RLV), qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) und sogenannte freie Leistungen. Nicht selten wird das Budget überhaupt nicht ausgeschöpft, z. B. weil die einzelnen Bereiche finanziell nicht adäquat gefüllt werden oder weil bestimmte Praxis-Kooperationsformen Zuschläge erhalten.

MMW-KOMMENTAR

Die Sache ist hochkompliziert. Die Budgets werden aus der regional zur Verfügung stehenden morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) bestückt. Diese steigt jährlich gemäß der regionalen Entwicklung von Morbidität und Demografie.

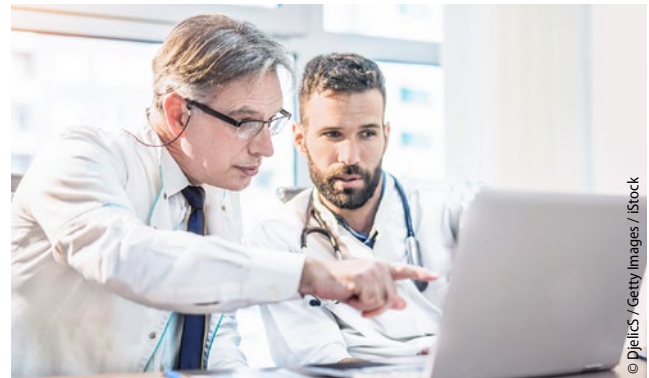
Aber auch die Bewertung der EBM-Leistungen selbst steigt an, da der Orientierungspunktwert (OPW) neu festgesetzt wird. Es

kann also durchaus sein, dass die Anhebung der MGV in einem KV-Bezirk höher ausfällt als die Bewertungsanhebung der EBM-Leistungen im RLV und/oder QZV.

So kann es dazu kommen, dass Ärzte Honorar verschenken, das eigentlich da wäre. Vielfach rechnen sie nämlich Leistungen gegen Quartalsende nicht mehr ab, weil sie denken, dass sie sowieso nicht mehr vergütet werden, oder auch aus Regressangst.

Auch in Gemeinschaftspraxen sollte jede Leistung abgerechnet werden, auch wenn auf den ersten Blick die gängigen Zuschläge schon viel Volumen aufbrauchen. Nach den Allgemeinen Bestimmungen I 5.1 des EBM erfolgt ein Aufschlag von 10% auf die Versichertenpauschale-

len. Noch mehr Förderung gibt es, wenn die Fallzahl je Arzt die Grenze von 1.200 übersteigt, denn dann wird auch die hausärztliche Strukturpauschale nach Nr. 03 040 um 10% erhöht. Aber trotz dieser Zuschläge kommt es bei den hohen Fallzahlen in Gemeinschaftspraxen zu einem RLV, das allein mit den Pauschalen nicht ausgeschöpft werden kann.



Auch Gemeinschaftspraxen sollten jede Leistung abrechnen!

Viele Hausarztleistungen bleiben unbezahlt

— Hausärzte können nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM nur Leistungen aus dem hausärztlichen Kapitel IIIa abrechnen. Dagegen können Nrn. aus dem arztgruppenübergreifenden Bereich nur angesetzt werden, wenn sie in der Präambel des Kapitels IIIa aufgeführt sind. Dies führt zu der kuriosen Situation, dass Hausärzte manche Leistungen, die als typisch hausärztlich anzusehen sind, nicht abrechnen dürfen.

MMW-KOMMENTAR

Dies gilt ganz besonders für Infusionen von mindestens 10 Minuten Dauer nach Nr. 02 100 (6,17 Euro) und für Fixierverbände mit Einschluss mindestens eines großen Gelenks

nach Nr. 02 350 (11,47 Euro). Beide Leistungen sind nicht Bestandteil der Versichertenpauschale, werden aber auch in der Präambel des Hausartzkapitels IIIa nicht aufgelistet und können deshalb von Hausärzten nicht berechnet werden.

Lediglich im organisierten Bereitschaftsdienst kann man diese Leistungen nicht nur erbringen, sondern auch abrechnen. Denn nach den Allgemeinen Bestimmungen des Abschnitts II 1.2.1 sind neben den Nrn. für die Notfallbehandlung alle Leistungen berechnungsfähig, die in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen.

Selbst die in der Präambel des Hausartzkapitels IIIa aufgeführten Leistungen können in

der Regel nur mit einem besonderen Qualifikationsnachweis abgerechnet werden. Eine Ausnahme ist die Hyposensibilisierungsbehandlung nach Nrn. 30 130, die mit 10,17 Euro bewertet ist, sowie der Zuschlag nach Nr. 30 131 für jede weitere Behandlung am selben Tag (z. B. bei Injektion verschiedener nicht mischbarer Allergene, bei Cluster- oder Rush-Therapie), der 7,68 Euro je Behandlung einbringt.

Eine weitere Ausnahme ist die intermittierende apparative Kompressionstherapie nach Nr. 30 401, mit der je Bein und je Sitzung 3,68 Euro abgerechnet werden können. Diese Nrn. können Hausärzte grundsätzlich und ohne besonderen Qualifikationsnachweis zur Abrechnung ansetzen.