



EBM 2009: Budgetcontrolling.

Der Umsatz der Vertragsärzte wird nach dem Start der Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) aus mehreren Quellen gespeist:

- Abrechnung im Rahmen des Regelleistungsvolumens
- Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens
- Leistungen nach Überschreitung des Regelleistungsvolumens.

Bei den Hausärzten kommen noch die Leistungen im Rahmen der qualitätsgebundenen Zusatzbudgets hinzu.

Wenn der Vertragsarzt alle Ertragschancen im neuen Vergütungssystem nutzen will, muss er der ökonomischen Leistungsfähigkeit jeder einzelnen Quelle besondere Aufmerksamkeit widmen. Dieses „Budgetcontrolling“ ist nicht erst am Quartalsende bei der Abrechnung angesagt oder womöglich erst dann, wenn der Honorarbescheid der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) unbefriedigend ausgefallen ist. Der Arzt muss zu jedem Zeitpunkt im Quartal einen Überblick darüber haben, auf welchem Weg sich sein Unternehmen befindet.

Der Umsatz des Hausarztes wird im Durchschnitt zu zwei Dritteln aus dem arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen gespeist. Daher stehen folgende Fragen im Mittelpunkt des Interesses: Ist das von der KV anerkannte Regelleistungsvolumen zutreffend? Wie stellt sich der Auslastungsgrad beim Regelleistungsvolumen dar?

Grundsätzlich gilt: Für einen Antrag auf Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist es noch nicht zu spät! Sofern es ohne Qualitätsverluste und medizinische Risiken machbar ist, sollte der Hausarzt an einer „Punktlandung“ bei seinem Regelleistungsvolumen interessiert sein.

Sofern die Hausärzte flächendeckend das ihnen zustehende Vergütungsvolumen der Regelleistungsvolumina deutlich überschreiten, kann mit einem angemessenen (abgestaffelten) Punktwert nach der Überschreitung der Budgetgrenzen nicht mehr gerechnet werden. Schon heute zeichnet sich ab, dass die Leistungen, die nur mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet werden, nicht kostendeckend bezahlt werden.

Sofern ein Arzt das für ihn zutreffende Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit qualitätsgebundenen Leistungen ausfüllen. Das Honorarvolumen der qualitätsgebundenen Leistungsbereiche kann nicht mit anderen Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen abgerufen werden. Sofern ein Vertragsarzt mehrere Teilbudgets für qualitätsgebundene Leistungen beanspruchen kann, ist eine gegenseitige Verrechnung zulässig.

Der Hausarzt sollte auf jeden Fall den Katalog der Leistungen kennen und bei seiner Tätigkeit beachten, die außerhalb der Regelleistungsvolumina mit einem festen (wenn auch zu niedrigen) Vertragspunktwert vergütet werden. Diese Leistungen werden von den Krankenkassen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung bezahlt.

Leistungen außerhalb des arztbezogenen Regelleistungsvolumens:

Hausarztzentrierte Versorgung

Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen

- Besondere Inanspruchnahme (Nrn. 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (Nrn. 01210 bis 01222)
- Dringende Besuche (Nrn. 01 411, 01412, 01415)
- Ambulante Operationen (Kapitel 31 und Nr. 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520)
- Präventionsleistungen
- Hautkrebs-Screening
- Substitutionsbehandlung
- Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte (Abschnitt 30.7.1)
- Akupunktur gemäß Abschnitt 30.7.3
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- Laborkosten und Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus
- Diagnostische Radiologie (Nr. 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht
- Belegärztliche Behandlung (Kapitel 36 und Nr. 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Vakuumstanzbiopsien
- Phototherapeutische Keratektomie
- Künstliche Befruchtung
- Psychotherapeutische Behandlungen
- Strahlentherapie
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (Nr. 13437, 13438, 13439, 13677)
- Kostenpauschalen des Kapitels 40.