



EBM-Abrechnung: Leistungen außerhalb der Regelleistungsvolumina.

Von einem transparenten und übersichtlichen Vergütungssystem sind die niedergelassenen Ärzte meilenweit entfernt. Der wirtschaftliche Erfolg einer Arztpraxis ist in Zukunft davon abhängig, dass es dem Arzt gelingt, alle Umsatzmöglichkeiten aus folgenden Unternehmensbereichen zu erschließen:

1. Kollektivvertrag (Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung),
2. Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung für Hausärzte (§ 73b SGB V),
3. Vertrag zu einer „besonderen ärztlichen Versorgung“ für Fachärzte (§ 73c SGB V),
4. Behandlung von Privatpatienten (Abrechnung nach der GOÄ),
5. Kostenerstattung (Abrechnung nach der GOÄ),
6. Individuelle Gesundheitsleistungen (Abrechnung nach der GOÄ),
7. Selektivverträge mit einzelnen Krankenkassen (Abrechnung nach den vertraglichen Vereinbarungen),
8. Einzelverträge mit Krankenhäusern im prä- und poststationären Bereich (Abrechnung mit dem Krankenhaus).

Die Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen des Kollektivvertragssystems erfolgt nach dem Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Das Abrechnungsvolumen wird durch Regelleistungsvolumen begrenzt.

Besondere Aufmerksamkeit verdienen die Leistungen, die von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) außerhalb der Regelleistungsvolumina mit einem festen Punktwert vergütet werden. Der Vertragsarzt sollte dabei unbedingt die individuellen Vergütungsregelungen der KVen beachten. Bei der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNo) beispielsweise gibt es neuerdings eine Kontingentierung der bisher ohne Begrenzungen abrechnungsfähigen „freien“ Leistungen.

Leistungen innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung der Krankenkassen:

- Organisierter Notfalldienst
- Besondere Inanspruchnahmen
- Dringende Besuche
- Akupunktur
- Ambulante praxisklinische Betreuung/ Nachsorge
- Schmerztherapie
- Laboruntersuchungen

- Kostenpauschalen
- Psychotherapie
- Zusatzpauschalen Transplantation
- Langzeit-EKG
- Qualitätsgebundene Leistungen

Leistungen außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung der Krankenkassen:

- Präventionsleistungen
- Substitutionsbehandlung
- Vakuumstanzbiopsien
- Hautkrebs-Screening
- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung
- Regionale Vereinbarungen mit den Krankenkassen
- prä- und poststationäre Leistungen
- Strahlentherapie
- Fototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Belegärztliche Leistungen.

Die Abrechnung der im organisierten Notfalldienst und im Notfall erbrachten Leistungen wird auf der Ebene der KVen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert. Für den Hausarzt handelt es sich aber um „freie Leistungen“, die nicht auf das Regelleistungsvolumen angerechnet werden.

Daher gilt: Die im organisierten Notfalldienst erbrachten Leistungen sind auf Muster 19 a abzurechnen. Die entsprechenden Behandlungsfälle bleiben bei der Feststellung des Regelleistungsvolumens des Arztes bzw. der Arztpraxis unberücksichtigt.

Bei der Abrechnung sollte nicht vergessen werden: Neben der Notfallpauschale nach Nr. 01210 ist stets die Zusatzpauschale für die Besuchsbereitschaft des Hausarztes berechnungsfähig. Zusätzlich zur Notfallkonsultationspauschale (Nr.01214) kommt stets die Zusatzpauschale (Nr. 01215) hinzu.