



EBM: Reform der Reform.

Mit Wirkung vom 1. Juli 2010 erfolgt eine grundlegende Änderung der Vergütungsbedingungen in der GKV-Versorgung. Die Vertragsärzte müssen sich darauf vorbereiten, dass es von diesem Zeitpunkt an auch für die „freien Leistungen“ verbindliche Budgets auf der Ebene des einzelnen Arztes gibt.

Das geltende Vergütungssystem ist dadurch gekennzeichnet, dass es für den weitaus überwiegenden Teil der ärztlichen Leistungen eine Mengenbegrenzung über die Regelleistungsvolumina (RLV) gibt. Nur bis zu einer bestimmten Punktzahlgrenze werden die Leistungen mit dem Punktwert von 3,5048 Cent vergütet. Für darüber hinausgehende Abrechnungen gibt es nur einen abgestaffelten Punktwert. Die „freien Leistungen“ werden derzeit mit dem Vertragspunktwert vergütet und zwar ohne eine Mengenbegrenzung.

Das Problem dabei: Bei der Verteilung der Gesamtvergütung werden zunächst die „freien Leistungen“ bedacht. Das verbleibende Honorarvolumen steht dann für die Finanzierung der RLV zur Verfügung. Das deutliche Mengenwachstum bei den „freien Leistungen“ hat dazu geführt, dass immer weniger Geld für die Regelleistungsvolumen zur Verfügung steht.

Ab 1. Juli 2010 gehen die Uhren anders. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) finanzieren aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zunächst die RLV. Erst im zweiten Schritt erfolgt dann die Finanzierung der (bisher) „freien Leistungen“, deren Mengenentwicklung über „qualifikationsgebundene Zusatzvolumen“ (QVZ) strikt begrenzt wird. Die Hausärzte beispielsweise werden mit bis zu 25 QVZ konfrontiert (siehe Tabelle). Auch für die (bisher) „freien Leistungen“ bei den Fachärzten gibt es in Zukunft zahlreiche QVZ.

Die Neuregelung komme vor allem Ärzten zugute, die die Basisversorgung abdecken, aber nur wenige Leistungen außerhalb der RLV abrechnen können, so der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. Andreas Köhler.

Die Eckpunkte der Abrechnungen im Rahmen der QVZ:

Ein Vertragsarzt hat Anspruch auf ein arztgruppenspezifisches qualifikations-gebundenes Zusatzvolumen, wenn

- er mindestens eine Leistung des entsprechenden qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens im jeweiligen Vorjahresquartal erbracht hat und
- er die zutreffende Gebiets- bzw. Schwerpunktbezeichnung führt. Unterliegt die Voraussetzung zur Erbringung von in qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen aufgeführten Leistungen einer Qualifikation nach § 135 Abs. 2 SGB V, § 137 SGB V

oder dem Führen einer Zusatzbezeichnung, ist der Nachweis zusätzlich erforderlich oder

- die Versorgung der Versicherten mit einer Leistung des qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens aus Sicherstellungsgründen notwendig ist und/oder
- die Partner der Gesamtverträge andere Regelungen vereinbart haben (z.B. für Neupraxen).

Die Partner der Gesamtverträge können, abweichend von der Vorgabe, eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf vornehmen.

Die Partner der Gesamtverträge können Zusammenfassungen von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen auch mit den Regelleistungsvolumen sowie qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen für weitere Leistungen und Arztgruppen vereinbaren.

Bei einer Überschreitung der Regelleistungsvolumen und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden nur noch abgestaffelte Punktwerte gezahlt, deren Höhe jeweils bei der Abrechnung am Ende des Quartals festgestellt wird.

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen werden je Arztgruppe, je Arzt oder je Behandlungsfall (ggf. je Leistungsfall) den Ärzten zugewiesen.

Den einer Arztpraxis zugewiesenen RLV und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen wird die in der Arztpraxis insgesamt abgerechnete Leistungsmenge gegenübergestellt.

Wichtig für die Abrechnung der Arztpraxis: „Sofern das einer Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt“ (Abschn. 1.4. des Beschlusses des Bewertungsausschusses). Es sind ggf. auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen für Hausärzte (QVZ)

Zusatzvolumen	Gebührenordnungspositionen des EBM
Akupunktur	30790, 30791
Allergologie (Zusatzbezeichnung)	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123
Behandlung des diabetischen Fußes	02311
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611
Chirotherapie	30200, 30201
Dringende Besuche	01411, 01412, 01415
Ergometrie	03321

Hyposensibilisierungsbehandlung	30130
Kardiorespiratorische Polygraphie	30900
Kleinchirurgie	02300, 02301, 02302, 02310
Langzeit-Blutdruckmessung	03324
Langzeit - EKG	03241, 03322
Phlebologie	30500,30501
Physikalische Therapie	30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420, 30421
Proktologie	03331, 03332, 30600, 30601
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120
Richtlinienpsychotherapie I	35130, 35131, 35140, 35141, 35142, 35150
Richtlinienpsychotherapie II	35200, 35201, 35202, 35203, 35210, 35211, 35220, 35221, 35222, 35223, 35224, 35225
Schmerztherapeutische spezielle Versorgung	30700, 30702, 30704, 30706, 30708
Schmerztherapeutische spezielle Behandlung	30710, 30712, 30720, 30721, 30722, 30723, 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092
Sonographie III	33060, 33061, 33062
Spirometrie	03330
Unvorhergesehene Inanspruchnahme	01100, 01101, 01102
Verordnung medizinischer Rehabilitation	01611

Der Beschluss des Bewertungsausschusses steht unter unter <http://daris.kbv.de/daris/doccontent.dll?LibraryName=EXTDARIS^DMSSLAVE&SystemType=2&LogonId=67d53a8ae1117755d9f584a0db3d506d&DocId=003761248&Page=1> im Internet.