



### EBM-Reform: Wichtige Änderungen ab 1. Juli 2010.

Bei der Abrechnung für das 3. Quartal 2010 sind grundlegende Veränderungen bei den Vergütungsregelungen zu beachten. Mit Wirkung ab 1. Juli 2010 wurde im ärztlichen Vergütungsrecht eine „Reform der Reform“ vereinbart. Die Vergütungsansprüche der Vertragsärzte werden durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen und durch qualitätsgebundene Zusatzbudgets beschränkt.

Wichtig: Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) haben die Vorgaben des Bewertungsausschusses zur Bildung von qualifikationsgebundenen Zusatzbudgets höchst unterschiedlich umgesetzt. Die Partner der Gesamtverträge haben die Möglichkeit, abweichend von der Vorgabe eines für alle berechtigten Ärzte einheitlichen, qualifikationsgebundenen Zusatzvolumens eine Differenzierung in Gruppen von Ärzten mit unterschiedlich hohem Leistungsbedarf in 2008 vorzunehmen. Der Vertragsarzt ist daher gut beraten, bei der Vorbereitung der KV-Abrechnung die Verlautbarungen der KVen zu berücksichtigen.

Der Vertragsarzt hat Anspruch auf ein qualitätsgebundenes Zusatzbudget, wenn er die erforderliche Qualifikation besitzt, sofern eine solche nachgewiesen werden muss (z.B. Sonographie, Akupunktur) und wenn er die betreffenden Leistungen im Vergleichsquartal des Vorjahres mindestens einmal erbracht hat. Ein Zusatzbudget wird auch dann anerkannt, wenn die Leistungen für die Versorgung der Versicherten aus Sicherstellungsgründen notwendig sind.

Wenn der Vertragsarzt sein Regelleistungsvolumen und die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen nicht ausschöpft, droht ein schmerzhafter Umsatzverlust. Von besonderem ökonomischem Gewicht ist hier die Vereinbarung, dass eine Saldierung der Abrechnungen zwischen diesen Budgets möglich ist.

In der Sprache des Bewertungsausschusses heißt das: „Den einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen und ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d.h. sofern das eine Arztpraxis zugewiesene Regelleistungsvolumen nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Vergütung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen ausgefüllt werden und umgekehrt.“

Der Vertragsarzt muss sicherstellen, dass der Bescheid der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zum Regelleistungsvolumen und zu den Zusatzbudgets auf einer zutreffenden Fallzahl beruht. Für die Berechnung sind alle kurativ-ambulanten Behandlungsfälle maßgebend, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

Der Vertragsarzt sollte darauf achten, dass die Fallzahlen zur Berechnung der Budgets im Abrechnungsquartal und im Bezugsquartal in etwa übereinstimmen. Bei gravierenden Abweichungen kann eine Ausnahme von der Abstufung bei der KV beantragt werden. Als Ausnahmetatbestände werden von den KVen eine außergewöhnliche starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund der Urlaubs- oder krankheitsbedingten Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder der Vertretung einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis akzeptiert.

Eine Ausnahmeregelung kann auch bei der Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft oder der Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis erreicht werden. Oftmals ist auch die Fallzahl im Aufsatzquartal zu niedrig, weil der Vertragsarzt in diesem Zeitraum erkrankt war und die Praxis schließen musste. Auch in diesem Fall kann eine Ausnahmeregelung bei der KV erreicht werden.

Die KVen haben die Möglichkeit, mit den Krankenkassen eine zusätzliche Zuwachsgrenze bei der Berechnung der Fallzahl des Arztes zu vereinbaren. Damit soll eine Mengenbegrenzung bei der Abrechnung neuer Patienten erfolgen.

Es bleibt dabei, dass bei der Berechnung der Regelleistungsvolumen eine Begrenzung der Fallzahl des Arztes erfolgt. Der für einen Arzt zutreffende Fallwert wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall von der Minderung des Fallwertes abgewichen werden. Der Vertragsarzt kann ggf. einen fachlich begründeten Antrag bei der KV stellen.