

MedTech ambulant № 03/09

30. September 2009; Auflage: 1030 Stück

Honorar-Reform 2009 im Überblick

Keine Veränderungen im Sachmittelbereich

Trotz der Vergütungsreform in 2009 gelten die Abrechnungsbestimmungen für Praxis- und Sprechstundenbedarf sowie für gesonderte Sachkosten (z. B. Implantate) unverändert fort. Gesonderte Sachkosten für AOP nach Kap. 31 dürfen extrabudgetär abgerechnet werden. Einzelverordnungen z. B. von Verband- und Hilfsmitteln auf Namen des Patienten sind weiterhin uneingeschränkt möglich. Hilfsmittelverordnungen sind nicht richtgrößenrelevant. Verordnungen von Verbandmitteln werden weiterhin den Richtgrößen zugeordnet. Positiv ist zu vermerken, dass die Richtgrößen in den KVen 2009 angehoben wurden.

"Härtefallregelung"

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat eine Ausgleichsregelung von überproportionalen Honorarverlusten für Praxen beschlossen. Verringert sich das Gesamthonorar je Fall einer Praxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, so können die KVen eine Ausgleichszahlung leisten. Deren Ausgestaltung erfolgt auf Landesebene. Die KVen können von den Vorgaben der Bundesebene (15%-Regelung) abweichen. Allerdings gibt es auch die Möglichkeit überproportionale Honorargewinne einzuschränken.

Praxisbesonderheiten

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes kann auf Antrag aufgrund von Praxisbesonderheiten erhöht werden, wenn ein besonderer Versorgungsauftrag bzw. eine bedeutsame fachliche Spezialisierung der Praxis vorliegt und daraus eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe resultiert. Die Schwelle für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist regional unterschiedlich.

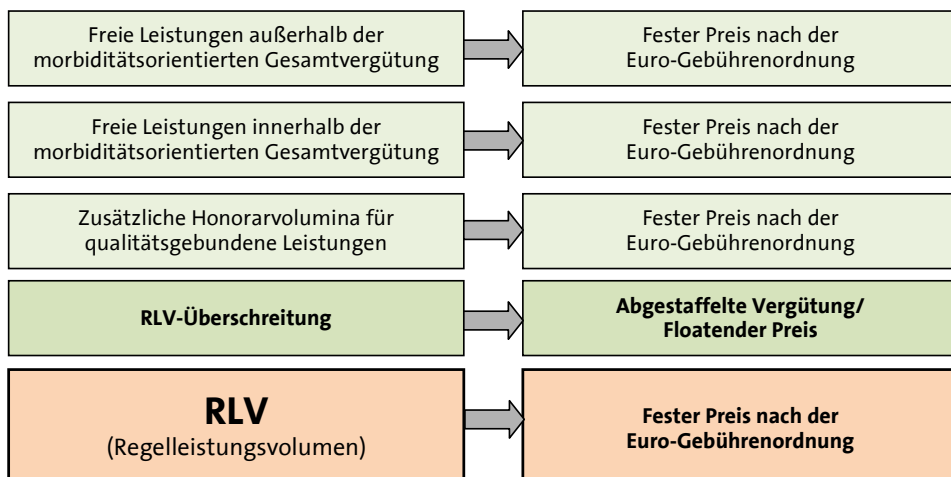
BVMed-Infoblatt

Der BVMed hat das **Infoblatt zur Sachkostenabrechnung von Medizinprodukten in der vertragsärztlichen Versorgung** sowie die **Abtretungserklärung** zur Erstattung von Medizinprodukten aktualisiert (www.bvmed.de - Publikationen - Infokarten & Falt- und Merkblätter).

Vorschau

In der nächsten Ausgabe informieren wir Sie über die Verordnung von Tracheostomie- und Laryngektomieprodukten.

Bausteine des vertragsärztlichen Honorars ab 2009



Regelleistungsvolumen

Von der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung fließen knapp 60 % in das Regelleistungsvolumen (RLV). Das RLV einer Arztpraxis wird ermittelt aus dem Fallwert der Arztgruppe multipliziert mit der eigenen Fallzahl. Die im Honorarbescheid des Vorjahresquartals ausgewiesenen Honorare der Kas-

senärztlichen Vereinigung (KV) sind **nicht** mit dem RLV gleichzusetzen. Denn im Honorarbescheid werden sämtliche extrabudgetären und sonstige Leistungen ausgewiesen. Das RLV ist begrenzt. Bei Überschreitung erfolgt eine abgestaffelte, regional unterschiedliche Vergütung.

Qualifikationsgebundene Zuschläge

Bestimmte qualitätsgebundene Leistungen werden bis zu einer Obergrenze zusätzlich zu dem RLV nach der Euro-Gebührenordnung (EBM) vergütet. Für den Hausarzt sind dies: Sonografie, Langzeit-EKG, Langzeit-Blutdruckmessung, Kleine Chirurgie, Ergometrie, Psychosomatik, Spirometrie, Chirotherapie und Tympanometrie, Prokto- und rektosko-

pische Diagnostik. Im fachärztlichen Versorgungsbereich gilt dies allerdings nur für den Bereich der "Diagnostischen Radiologie". Es gibt eine Verrechnungsmöglichkeit von überschrittenen zusätzlichen Honorarvolumina mit dem Regelleistungsvolumen, sofern dieses nicht ausgeschöpft ist. Umgekehrt geht das nicht.

Freie Leistungen

Die "freien Leistungen" werden unbegrenzt nach der Euro-Gebührenordnung vergütet. Dazu gehören **innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung** z. B. besondere Inanspruchnahme, Leistungen im Notfalldienst, Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32, Kostenpauschalen des Kapitels 40, dringende Besuche, Akupunktur.

Außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung sind das z. B. Kapitel 31 (ambulante Operationen), Kapitel 36 Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen, bestimmte Früherkennungsuntersuchungen, Hautkrebscreening, Strahlentherapie, Leistungen der künstlichen Befruchtung, Substitutionstherapie, sowie Struktur- und Selektivverträge (Integrierte Versorgung, Disease-Management-Programme, AOP nach § 115 b SGB V etc.).

Ausblick 2010

Der bundeseinheitliche Orientierungspunkt wird auf 3,5048 Cent angehoben. Die Gesamtvergütung wird um 3,8 % = 1,2 Milliarden € erhöht. Grundsätzlich bleibt es in 2010 bei der bekannten EBM-

Struktur und der Kosten- und Versorgungsstruktur bei regionalen Besonderheiten. Auf Landesebene werden unterschiedliche regionale Euro-EBMs entstehen.