



ZIMMERMANN
RECHNET AB




Dr. Gerd W. Zimmermann ist seit 1979 als niedergelassener Allgemeinarzt in Hofheim/Taunus tätig und ebenso lange Mitglied im Deutschen Hausärzteverband. Er ist unser Gebührenordnungsexperte und schreibt regelmäßig für Sie.

Werden Hausärzte bei **Regressen** „bevorzugt“?

Einerseits werden angehende und erfahrene Hausärzte mit Fördermitteln motiviert, um den steigenden Hausärztebedarf zu decken. Andererseits werden sie teilweise mit erheblichen Regressen bedroht.

So bekamen in Nordrhein Hausärzte zum Jahreswechsel Zahlungsforderungen wegen angeblich fehlerhafter Sprechstundenbedarfsanforderungen. In Niedersachsen haben die Kassen wiederholt versucht, Rückforderungen bei den Chronikerpauschalen durchzudrücken.

Besonders in den Fokus geraten ist zuletzt die KV Hessen wegen Regressforderungen an Hausärzte, ausgerechnet bei hausärztlichen Kernleistungen wie den Hausbesuchen oder derprechenden Medizin. Im jüngsten Fall muss eine Gemeinschaftspraxis im hausärztlich unterbesetzten Gilserberg Honorarkürzungen bei Hausbesuchen im fünfstelligen Eurobereich zurückzahlen.

 Es drängt sich die Frage auf, warum es ausgerechnet die Hausärzte in ländlichen Regionen und bei hausarzttypischen Leistungen wie Hausbesuchen oder auch Gesprächsleistungen trifft, wo doch der Hausarztberuf attraktiver werden soll? Die KV Hessen verweist auf die gesetzlichen Vorgaben im SGB V und die unabhängige Prüfstelle, die solche Regresse verhängt und

deshalb von der KV nicht beeinflusst werden kann. Außerdem seien im Prüfzeitraum von rund 12.500 Arztpraxen nur 2.015 Praxen statistisch auffällig geworden, wovon nur 220 einen Regress erhielten.

Das stimmt alles, lenkt aber leider vom Problem ab, das in Hessen mehr als in anderen Kassenärztlichen Vereinigungen existiert. Natürlich gibt der Gesetzgeber Wirtschaftlichkeitsprüfungen vor und – weil er der vertragsärztlichen Selbstverwaltung nicht traut – lässt er sie durch ein unabhängiges Prüfungsgremium umsetzen.

Der Gesetzgeber räumt hier der Selbstverwaltung aber einen breiten Spielraum ein. Wer und wie die Wirtschaftlichkeit der Versorgungs- und Behandlungsweise prüft, bestimmen die regional unterschiedlichen Prüfvereinbarungen, die Kassenärztliche Vereinigung und Kassen festlegen. Und hier gibt es eine hessische Besonderheit:

Wer beim Honorar in den Gesamtleistungen 40 Prozent, bei einer Leistungsgruppe 60 Prozent und bei einzelnen Leistungen 100 Prozent über dem Fachgruppenschnitt liegt, kommt in die Prüfung und muss mit Praxisbesonderheiten diese Abweichungen belegen.

Das ist in der Regel nicht möglich, weil sich die Statistik eben auf jenen Fachgruppenschnitt bezieht. Dieser ist gerade bei Hausärzten „unbrauchbar“: Wer auf dem Land

Haben Sie Fragen

zur Abrechnung und/oder zur Praxisführung?

Mailen Sie diese Fragen an die Redaktion unter info@medizinundmedien.eu Sie erhalten zeitnah eine persönliche Antwort. Allgemein relevante Themen werden veröffentlicht.

arbeitet, muss in der Regel deutlich mehr Hausbesuche machen als in der Stadt. Die Statistik wirft aber alle Hausärzte (in Hessen) in einen Topf.

Es entsteht ein Verdünnungseffekt, der durch die Betrachtungsweise „Anzahl GOP je 100 BHF“ (also die Zahl der Gebührenordnungspositionen bezogen auf 100 Behandlungsfälle) verstärkt wird. Hier sind wiederum eher die Hausärzte in der Stadt benachteiligt, die geringere Fallzahlen haben und so statistisch auffallen, obwohl sie sich bei den absoluten Abrechnungszahlen im Vergleich zur Fachgruppe nicht „unwirtschaftlich“ verhalten.

Junge Hausärzte aus 16 hessischen Landarztpraxen haben kürzlich in einer Resolution an die KV Hessen gefordert, die Regresse abzuschaffen. Damit werden sie wahrscheinlich keinen Erfolg haben, weil die KV Hessen sich erneut auf den Gesetzgeber berufen wird. Abhilfe wäre mit etwas gutem Willen von KV und Kassen aber durchaus möglich.

Sie müssten sich dazu mit der Prüfvereinbarung befassen und die Auswahlkriterien bei Hausärzten, etwa durch verfeinerte Prüfgruppen, anpassen. Die Regresse würden dadurch zwar nicht abgeschafft, aber auf ein Minimum reduziert – in etwa so selten wie im hochspezialisierten fachärztlichen Bereich.

ann rechnet ab

NäPA-Leistungen kann man auch ohne Mindestfallzahl berechnen

Nicht jede hausärztliche Praxis kann die Leistungen bei ihren Patienten zu 100 Prozent über die Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) abrechnen. Wer eine VERAH® bei seinen HZV-Patienten einsetzt, sollte deshalb darauf achten, dass er für sie auch die NäPA-Anerkennung bei der zuständigen KV erhält. Versorgt eine Einzelpraxis weniger als 700 Behandlungsfälle oder durchschnittlich weniger als 120 Behandlungsfälle von Patienten, die mindestens das 75. Lebensjahr vollendet haben, kommen trotzdem die Abrechnungspositionen des Abschnitts IV.39 EBM zum Tragen. Bei Gemeinschaftspraxen sind es analog weniger als 521 und 80 (über 75-Jährige) Behandlungsfälle für jeden weiteren Arzt.



In diesen Fällen kommen für Hausbesuche der NäPA die Nrn. 38100 / 38200 EBM (Besuch) oder 38105 / 38205 EBM (Mitbesuch) zum Ansatz. Dabei sollte man nicht nur beachten, dass die so resultierenden Hausbesuchshonorare in der Nähe der Arztleistung nach Nr. 01410 EBM (Besuch) und sogar über dem Mitbesuch nach Nr. 01413

EBM liegen, sondern auch keine Zeitvorgaben haben. Da bei diesen Abrechnungspositionen keine Wirtschaftlichkeitsprüfung mangels Vergleichsgruppe möglich ist, kann insbesondere eine Praxis im ländlichen Raum den für die Patientenversorgung notwendigen Aufwand ohne Regressangst umsetzen. Es gibt allerdings einen „Wermutstropfen“: Hausärzte dürfen die Zuschläge nach den Nrn. 38200 und 38205 EBM nur im Pflegeheim berechnen.

Hausbesuche der NäPA werden zum Teil besser vergütet als die hausärztlichen Besuche, unterliegen keiner Zeitvorgabe und können auch nicht Anlass für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung sein

ARZT	NÄPA	KAPITEL 38
01410 EBM	03062 EBM	38100 EBM
	03064 EBM	38200 EBM
22,59 Euro	19,82 Euro	17,69 Euro
ARZT	NÄPA	KAPITEL 38
01413 EBM	03063 EBM	38105 EBM
	03165 EBM	38205 EBM
11,29 Euro	14,49 Euro	13,00 Euro

Quelle: EBM