

Grundzüge der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen stellt eine neue Herausforderung für Existenzgründer dar. Sinnvoll ist, sich schon zu Beginn intensiv mit der Abrechnungsmaterie zu beschäftigen – denn die Leistungspotenziale sind überraschend hoch. Grundsätzlich ist zwischen der Abrechnung von Kassenleistungen nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und Privatleistungen nach Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) zu unterscheiden.

Thomas Voeste, Geschäftsführer der voeste+kollegen GmbH

Die Kassenleistungen werden in einzelnen Gebührenpositionen aufgeführt und über eine Praxissoftware erfasst. Die Eintragung erfolgt meist schon während der Behandlung. In jedem Fall ist es aber sinnvoll, spätestens zum Ende des Leistungstages die Vollständigkeit der Erfassung zu kontrollieren.

Die Abrechnung selbst wird dem Arzt in der Regel vier Monate nach Abgabe des Quartals in umfangreicher Form von der KV zur Verfügung gestellt.

Abrechnung von Kassenleistungen nach EBM

Der Praxisinhaber hat seine Kassenleistungen nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu erbringen. Die Leistungen müssen gemäß § 12 SGB V in ausreichender, wirtschaftlicher und zweckmäßiger Art und Weise erbracht werden.

Die einzelnen Leistungen werden in der Kassenabrechnung in Leistungen nach der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) und die Einzelleistungsvergütung (ELV) unterteilt.

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die MGV unterteilt sich in freie und budgetierte Leistungen.

Freie Leistungen

Zu den freien Leistungen zählen u. a. Leistungen im organisierten ärztlichen Bereitschaftsdienst, Kostenpauschalen und, je nach Kassenärztlicher Vereinigung (KV), auch dringende Hausbesuche. Zudem werden einzelne Kosten der Praxis ohne Mengenbegrenzung bezahlt, z.B. Dialysesachkosten oder Gefäßkatheter.

Budgetierte Leistungen

Die Vergütungssysteme der budgetierten Leistungen variieren je nach KV. Grundsätzlich weisen die meisten KVen jedoch ein Gesamtbudget zu. Dieses Budget, auch Regelleistungsvolumen (RLV) genannt, ergibt sich wie folgt:

$$\text{RLV} = \text{Fallzahl der Praxis} \times \text{Fallwert der Fachgruppe}$$

$$\text{Fallwert der Fachgruppe} = \frac{\text{Quartalsbudget für die Fachgruppe}}{\text{Fallzahl der Fachgruppe}}$$

Fallzahl der Praxis: wird entweder im jeweiligen Abrechnungsquartal ermittelt oder es wird die Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals herangezogen

Leistungen, die das Budget überschreiten, werden geringer vergütet.

Abweichungen von der grundsätzlichen Fallzahlermittlung gibt es aktuell in Thüringen, Rheinland-Pfalz und Hamburg, wo die Praxen – unabhängig von der Fallzahl – mit der eigenen Leistungsmenge des Vorjahresquartals verglichen werden.

Qualitätsgebundene Zusatzvolumina

Neben dem Budget existieren kleinere Zusatzbudgets, die sogenannten qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV). Diese Zusatzbudgets hängen in den meisten Fällen von einer individuellen Qualifikation des Arztes ab (z.B. Sonographie bei Hausärzten). Überschreitungen von RLV-Budgets können mit Unterschreitungen von QZV-Budgets verrechnet werden – und umgekehrt.

Jungarztregelung

Unabhängig davon, ob eine Praxis übernommen oder neu gegründet wurde, gibt es für Existenzgründer in allen KVen eine sogenannte

Maximen der Kassenabrechnung

1. Lernen Sie Ihre Honorarverteilungsverträge kennen.
2. Erfassen Sie alle erbrachten Leistungen genau und prüfen Sie dieses nach.
3. Überprüfen Sie die KV-Abrechnung nach Eingang auf Plausibilität.
4. Bauen Sie Ihr Leistungsangebot für ELV-Leistungen aus.
5. Prüfen Sie, welche QZVs für Sie möglich sind und beantragen Sie die Leistungen.
6. Prüfen Sie die Möglichkeiten Ihrer Jungarztregelung.
7. Nutzen Sie Beratungsangebote der KV zu den geltenden Abrechnungsmodalitäten.

Jungarztregelung. Der Zeitraum für diese Jungarztregelung ist höchst unterschiedlich, beträgt aber im Durchschnitt drei Jahre.

Bei einer Praxisübernahme übernimmt der Existenzgründer für gewöhnlich das Budget seines Vorgängers, sofern es sich oberhalb des Durchschnittsvolumens der jeweiligen Fachgruppe in der entsprechenden KV befand. Lag das Budget unter dem Durchschnittsvolumen, kann sich der Käufer der Praxis in den meisten KVen sofort auf den Durchschnitt seiner Fachgruppe steigern, ohne ein Jahr zu warten (falls die örtliche KV einen Vorjahresvergleich der Fallzahl heranzieht). Bei Neugründungen wird der Fachgruppendurchschnitt herangezogen.

Beim Einstieg in eine bestehende Berufsausübungsgemeinschaft oder der Gründung einer solchen durch Einstieg eines zweiten Arztes in eine Einzelpraxis gelten diese Regeln analog (ausgenommen KV Hamburg). Das heißt: Der Altpartner unterliegt den üblichen Regelungen der Budgetberechnung, sofern er nicht selbst noch Jungarzt ist; der Juniorpartner genießt die Vorzüge der Jungarztregelung.

Einzelleistungsvergütung

ELV sind „besonders förderungswürdige“ Leistungen – z. B. Prävention, Impfungen, Disease Management Programme, ambulante Operationen – und werden außerhalb der MGV vergütet. In einigen KVen fallen auch Hausbesuche unter die ELV.

Verblüffend ist, dass die Menge der ELV-Leistungen im Durchschnitt der Praxen weit unterhalb der Möglichkeiten bleibt. So werden z. B. in Hausarztpraxen die Präventionspotenziale (EBM 01732 Check-Up; 01731 Männer-Krebsvorsorge; 01745 und 01746 Hautkrebs-Screening u. a.) bei weitem nicht ausgeschöpft. Im Rahmen der Übernahme einer Praxis sollte deshalb immer geprüft werden, welche Reserven in der Erbringung und Abrechnung von ELV-Leistungen noch bestehen. Experten gehen davon aus, dass hier in der Regel ein Umsatzpotenzial von rund 30.000 Euro schlummert.

Zwar unterliegen ELV-Leistungen zum Teil Altersbeschränkungen der Patienten (z.B. hausärztlicher Check-Up ab 35 Jahre; alle 2 Jahre möglich), in ihrer Gesamtmenge sind sie aber unbegrenzt und unterliegen keinen sonstigen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Eine Steigerung der Leistungsmenge in der Arztpraxis führt bei ELV-Leistungen zu einer erhöhten Vergütung der Krankenkassen an die KV.

Abrechnung von Privatleistungen nach GOÄ

Grundsätzlich rechnen auch Privatärzte ihre Leistungen nach einer Gebührenordnung ab, der GOÄ. Daher sind sowohl Leistungen für Privatversicherte, als auch Privatleistungen für Kassenversicherte Bestandteile der GOÄ. Die Leistungen unterliegen keinem Wirtschaftlichkeitsgebot, sondern werden als Einzelleistungen mit dem Patienten abgerechnet. Dabei darf der Arzt Leistungen der GOÄ auf das 2,3-fache des in der GOÄ verankerten Satzes steigern, ohne dass dies einer vorherigen Zustimmung des Patienten bedarf. Eine Ausnahme bilden technische Leistungen. Hier ist der Steigerungswert auf das 1,7-fache begrenzt.

Da der Behandlungsvertrag mit dem Patienten unabhängig von dessen Versicherungsstatus entsteht, ist, juristisch betrachtet, die Höhe der Rückerstattung für den Patienten irrelevant. Dennoch sind viele Ärzte dazu übergegangen, die mögliche Kostenerstattung in der Abrechnung zu berücksichtigen. Dies wiederum ist in der Berufspolitik umstritten, da durch diese Form der Selbstzensur letztlich eine Verbilligung der ärztlichen Leistung entsteht.

Grundsätzlich gelten in der Privatabrechnung die gleichen Regeln wie in der Kassenabrechnung, insbesondere was die sorgfältige Dokumentation in der Praxissoftware betrifft. Hinzu kommt in diesem Bereich, dass private Verrechnungsstellen wesentliche Unterstützung in der Privatabrechnung anbieten und die Abrechnungssumme häufig bevorschussen. Dies bedeutet für den Existenzgründer eine deutlich höhere Sicherheit und schnelleren Zahlungsfluss.