

KVBW verabschiedet neuen Honorarverteilungsmaßstab ab 3/2012

Am 25.06.2012 hat die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg (KVBW) ihren neuen Honorarverteilungsmaßstab (HVM) ab dem Quartal 3/2012 veröffentlicht. Die Einzelheiten der neuen Honorarreform stehen damit fest.

1. Grundgerüst bleibt gleich

Im Gegensatz zu vielen anderen Kassenärztlichen Vereinigungen bleibt die KVBW bei dem Grundgerüst der Honorarverteilung nach Regelleistungsvolumen (RLV) und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV).

Auch Einzelleistungen, wie z.B. die ambulanten Operationen und Präventionsleistungen, werden nach wie vor außerhalb der Gesamtvergütung und des RLV ohne Mengenbegrenzung in der Höhe ausbezahlt, wie sie für das Jahr 2012 mit den Krankenkassen vereinbart wurden.

Auch freie Leistungen (z.B. Akupunktur), die zwar aus dem Topf der Gesamtvergütung, aber ebenfalls außerhalb der RLV vergütet werden, werden wie bisher honoriert. Für deren Vergütung stehen im jeweiligen Arztgruppentopf wiederum nur begrenzte Mittel zur Verfügung. Übersteigt die Honoraranforderung für eine bestimmte freie Leistung die bereitgestellten Mittel, werden die freien Leistungen nicht mehr voll, sondern mit einer der Überschreitung entsprechenden Vergütungsquote honoriert.

2. Aufschläge für kooperative Behandlungsformen

Hier hat sich einiges getan. Die Aufschläge werden erwartungsgemäß reduziert.

Fach- und schwerpunktgleiche, nicht standortübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Praxen mit angestellten Ärzten erhalten – wie

bisher – einen Aufschlag auf das RLV in Höhe von 10 %.

Fach- und schwerpunktübergreifende, nicht standortübergreifende BAG, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Praxen mit angestellten Ärzten erhalten – unabhängig vom Kooperationsgrad – einen BAG-Aufschlag in Höhe von 10 %.

Hiervon werden Praxen profitieren, die den früher notwendigen Kooperationsgrad von 10 % verfehlten.

Liegt ein Kooperationsgrad von 15 bis unter 20 % vor, erhöht sich der Aufschlag auf 15 %.

Bei einem Kooperationsgrad ab 20 % erhöht sich der Aufschlag auf den maximalen Prozentsatz von 20 %. Der maximal zulässige BAG-Aufschlag verringert sich demnach von 40 % (vor 3/2012) auf 20 %.

Standortübergreifende Kooperationsformen wurden, so die Auffassung der KVBW, nicht zur kooperativen Behandlung von Patienten gebildet und werden daher grundsätzlich nicht gefördert. Sofern jedoch an einem Sitz mehrere Ärzte (gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen) tätig sind, wird das RLV eines jeden Arztes an diesem Standort um 10 % erhöht.

Es bleibt abzuwarten, wie diese Regelung umgesetzt werden wird. Strenggenommen verliert dadurch eine bisher standortgleiche, fachübergreifende BAG mit einem Kooperationsgrad von über 20 % ihren Aufschlag in Höhe von 20 %, wenn sie zu einer standortübergreifenden BAG wird. Dann dürften die Ärzte der jetzt standortübergreifenden BAG nur noch einen Aufschlag in Höhe von 10 % erhalten und auch nur dort, wo sie in der Praxis mit mehreren Ärzten zusammenarbeiten.

Vielleicht ist aber auch genau dieses Ergebnis beabsichtigt. Die Gründung einer standortübergreifenden BAG sollte daher vor diesem Hintergrund genau überlegt werden.

3. Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheiten werden nach den gleichen Kriterien wie bisher gewährt – u.a. fordert die KVBW, dass die Praxisbesonderheit einen Anteil von mind. 10 % am gesamten Honorarvolumen des Vertragsarztes aufweist.

Maßgebliches Bezugsquartal ist jetzt jedoch nicht mehr 1/2010, sondern die Abrechnungsdaten der Quartale 1/2011 bis 4/2011. Bisher bereits gewährte Aufschläge für Praxisbesonderheiten werden auf der Grundlage dieser Quartale neu berechnet und zugewiesen.

Praxisbesonderheiten werden – wie bisher – nur auf Antrag anerkannt und vergütet. Auch bei der Antragstellung unterstützen wir Sie gerne.

4. Fallzahlbedingte Abstufung

Vertragsärzte mit hohen Fallzahlen, die in der Vergangenheit eine Abstufung ihrer RLV-Fallwerte hinnehmen mussten, werden ab 3/2012 besser gestellt. Die Abstufung beginnt nicht wie bisher ab 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe, sondern erst bei 175 %; dann allerdings sofort mit einer Minderung des RLV-Fallwerts um 50 %.

In Versorgungsgebieten, die nach einem Beschluss des Landesausschusses der Ärzte und Krankenkassen als unterversorgt gelten, findet keine fallzahlbedingte Abstufung statt. Hiervon werden insbesondere Vertragsärzte in Gebieten mit geringer Arztdichte profitieren, die naturgemäß sehr hohe Fallzahlen aufweisen.

Auf Antrag des Vertragsarztes kann – wie bisher – aus Sicherheitsgründen von einer Minderung des Fallwertes abgesehen werden. Dies kommt insbesondere in Betracht, wenn in der unmittelbaren Umgebung niedergelassene Vertragsärzte ihre Tätigkeit ohne eine Nachfolge aufgegeben haben.

5. Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung ab 3/2013

Die KVBW hat sich dazu entschlossen, erneut eine Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung einzuführen. Die neue Regelung lehnt sich an die Fallzahlzu-

wachsbegrenzungsregelung an, die bereits im Jahr 2008 und davor Geltung beanspruchte.

Erstmals wirksam wird sie ab dem Quartal 3/2013.

Die Fallzahl darf dann eine bestimmte Höchstgrenze nicht mehr übersteigen. Die arztindividuelle Fallzahlgrenze ist immer die eigene RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zuzüglich einer Wachstumstoleranz in Höhe von 3 % der durchschnittlichen Fallzahl der eigenen Fachgruppe im Vorjahresquartal.

Die Mehrfälle, die über die Fallzahlgrenze hinausgehen, werden nicht für die Bemessung von RLV und QZV berücksichtigt.

Um unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen – insbesondere Neu- und Jungpraxen – ein ungehindertes Wachstum bis zum Fachgruppenschritt zu ermöglichen, wird immer die durchschnittliche Fallzahl der eigenen Fachgruppe als Fallzahl zugrunde gelegt, wenn die Fallzahl des Vertragsarztes geringer als diese durchschnittliche Fallzahl ist.

Die Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung kommt nicht zur Anwendung, wenn die durchschnittliche Fallzahl der eigenen Arztgruppe im Vorjahresquartal gegenüber dem Vorjahresquartal um weniger als 1 % angestiegen ist.

Hat eine Fachgruppe durchschnittlich weniger als 150 Fälle, kommt die Regelung ebenfalls nicht zur Anwendung.

Aus Sicherheitsgründen kann die KVBW auch hier auf Antrag des Vertragsarztes von der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung abweichen. Sicherheitsgründe kommen bspw. in Betracht, wenn ein Arzt in der näheren Umgebung seine Tätigkeit aufgegeben hat oder aufgrund einer krankheits- oder urlaubsbedingten Vertretung eines anderen Arztes.

Die KVBW setzt damit ihre Ankündigung, die RLV-Fallwerte durch begrenzende Maßnahmen zu stabilisieren, in die Tat um. Dennoch werden hierdurch wieder die Vertragsärzte bestraft, deren Fallzahlen nicht stagnieren, sondern durch hohe Qualität ihrer Leistungen und engagiertes Praxismarketing stetig steigen.

6. Neue QZV-Berechnungsvariante

Die Ermittlung und Ausweisung eines QZV wird für einige Fachgruppen um eine Variante erweitert. Die Berechnung des QZV-Volumens erfolgt hier nicht auf der Basis eines QZV-Fallwerts und einer RLV-Fallzahl, sondern anhand einer spezifischen Quote und des arztindividuellen Leistungsbedarfs.

Solche QZV-Honorarvolumen werden u.a. für Fachärzte für Nuklearmedizin mit Vorhaltung MRT eingeführt und zwar in den Leistungsbereichen Nuklearmedizin und MRT.

Für beide Leistungsbereiche wird ein eigener Honoraranteil gebildet. Dieser wird dann ins Verhältnis zum abgerechneten und anerkannten Leistungsbedarf der Fachgruppe im Vorjahresquartal in diesen Bereichen gesetzt. Mit der sich so ergebenden Quote wird der abgerechnete und anerkannte Leistungsbedarf des einzelnen Vertragsarztes multipliziert und ergibt so das arztindividuelle QZV-Honorarvolumen.

7. RLV-Überschreitung

Für das Honorarvolumen, mit welchem der einzelne Vertragsarzt sein RLV überschritt, wurde bisher nach dem Ende des jeweiligen Abrechnungsquartals eine Vergütungsquote errechnet – getrennt nach dem haus- und fachärztlichen Bereich. Es gab demnach nur zwei verschiedene Vergütungsquoten.

Ab 3/2012 werden aber die Kosten für RLV-Überschreitungen aus den einzelnen Fachgruppentöpfen entnommen, d.h. jede Fachgruppe erhält eine individuelle Vergütungsquote für Leistungen, die über das RLV hinausgehen. Damit soll eine Umverteilung zwischen den Fachgruppen verhindert werden. Findet jetzt eine Leistungsausweitung in einer Arztgruppe statt, geht diese nicht mehr zu Lasten aller Arztgruppen, sondern betrifft nur die steigende Arztgruppe.

8. Fazit

Die KVBW hat die vom Gesetzgeber eröffneten Möglichkeiten einer eigenen, regionalen Honorarverteilung in einzelnen Punkten genutzt, lässt aber das Grundgerüst von RLV und QZV unangetastet. So müssen sich die baden-württembergischen Vertragsärzte nicht wieder auf eine völlig neue Art der Honorarverteilung einstellen.

Einzelne Neuerungen, wie etwa die Abschwächung der fallzahlbedingten Abstufung, die strikere Trennung nach Arztgruppentöpfen und die Neuberechnung der Praxisbesonderheiten, sind zu begrüßen. Die erneute Einführung einer Fallzahlzuwachsbeschränkung wird dagegen sicher Unstimmigkeiten hervorrufen.

*Nico Gottwald, Sindelfingen
Rechtsanwalt
gottwald@rpmed.de*

www.rpmed.de

Impressum:

Ratajczak & Partner, Rechtsanwälte
Posener Str. 1, 70165 Sindelfingen
AG Stuttgart (PR 240005), Sitz Sindelfingen
USt.-Ident-Nr.: DE145149760

Verantwortlich im Sinne des Presserechts:
Dr. Detlef Gurgel

E-Mail der Redaktion: redaktion@rpmed.de
Die Mitteilungen dieses Newsletters enthalten allgemeine Informationen zu rechtlichen Themen. Eine rechtliche Beratung im Einzelfall können sie nicht ersetzen. Für die Richtigkeit der Information übernehmen wir keine Haftung.