

HONORARREFORM

RÜCKBLICK UND AUSBLICK
MIT REGELN UND NEUERUNGEN ZUR
HONORARVERTEILUNG AB 1. JULI 2010

Stand: 27. Mai 2010



**Kassenärztliche Vereinigung
Schleswig-Holstein**
Für die Menschen im Land.

Inhalt

Rückblick und Ausblick zur Honorarreform	3
Änderungen in der vertragsärztlichen Vergütung ab 1. Juli 2010	4
Wie wird das Geld verteilt?	
Regeln und Neuerungen zur Honorarverteilung ab 1. Juli 2010	5
1. Allgemeines zur Honorierung	5
2. Der Weg des Geldes – Wie wird die MGV verteilt?	8
3. So bekommt der Vertragsarzt sein Geld	8
3.1 Mehr als nur das RLV – So setzt sich das Honorar ab 1. Juli zusammen	8
3.2. RLV und QZV – Ein Honorarvolumen für die Praxis	9
3.2.1 Die Berechnung des Regelleistungsvolumens	10
3.2.2 Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen	11
3.3 Zuschlagsregelung für MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften.....	13
4. So bekommt der Vertragspsychotherapeut sein Geld	13
4.1 Fachgruppen mit einer Kapazitätsgrenze	13
4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen	13
5. Bereinigung der Vergütung infolge von Selektivverträgen	14
6. Sonderregelungen	15

Die erste Etappe der Honorarreform ist absolviert. Was hat sie bisher gebracht? Welches sind die nächsten Schritte? Rein statistisch gesehen können die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten durchaus zufrieden sein: Bundesweit flossen im vergangenen Jahr fast zwei Milliarden Euro mehr in die ambulante Versorgung. Davon haben allerdings nicht alle profitiert: Neben den vielen Gewinnern gibt es auch Verlierer, die zu Recht enttäuscht sind. Warum gelingt es nicht, das Geld gleichmäßig zu verteilen? Wie geht es weiter auf dem Weg in eine neue Honorarwelt?

Auf diese und andere Fragen gibt diese Broschüre der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein Antwort. Sie fasst wichtige Ergebnisse zusammen, zeigt Probleme auf und informiert, was sich ab 1. Juli 2010 für die Vertragsärzte ändern wird. Außerdem werden alle wichtigen Regeln und Neuerungen in der Honorarverteilung dargestellt und erläutert.

Impressum

HERAUSGEBER:
Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
Telefon 04551 - 883 0
Internet www.kvsh.de

REDAKTION:
Abt. Gesundheitspolitik und Kommunikation

GESTALTUNG:
Layoutdeluxe, Hamburg

Rückblick und Ausblick zur Honorarreform

Reform der Reform

Anfang 2009 trat die große Honorarreform in Kraft. Diese sorgte für viel Unruhe bei den niedergelassenen Ärzten. Vom ersten Juli 2010 an wird sich die Honorarverteilung nochmals ändern. Ziel ist es, die Basisversorgung zu stärken und den freien Fall der RLV-Fallwerte zu stoppen. Grundlage für die Änderung ist der Beschluss des Bewertungsausschusses vom 26. März 2010, den die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem GKV-Spitzenverband getroffen hat. Diese Broschüre soll Ihnen helfen, sich in der neuen Vergütungswelt zurechtzufinden.

Was hat die Honorarreform bisher gebracht?

- Das System der Kopfpauschalen und die starren Honorarbudgets wurden abgeschafft.
- Die Höhe der Vergütung ist nicht mehr an die Entwicklung der Grundlöhne in Deutschland gekoppelt.
- Die Zahlungen der Krankenkassen orientieren sich am Leistungsbedarf und an der Morbidität der Versicherten.
- Auch der Anstieg von Investitions- und Praxiskosten ist bei den Honoraren zu berücksichtigen, ebenso Verlagerungseffekte aus dem stationären in den ambulanten Bereich.
- Im EBM stehen wieder Preise in Euro und Cent.
- Für die ambulante Versorgung steht insgesamt mehr Geld zur Verfügung, die Unterfinanzierung konnte reduziert werden.
- Die Vergütung in den neuen Bundesländern wurde angehoben, Unterschiede zwischen Ost und West verringert.
- Etliche EBM-Leistungen wurden aufgewertet (z. B. Psychotherapie, Schmerztherapie).

Die nächsten Schritte bis zum Abschluss der Honorarreform 2012

Viele Aufgaben gilt es noch zu lösen: So stehen im EBM jetzt feste Preise, aber das Preisniveau ist noch nicht zufriedenstellend. Morbidität, Praxiskosten und Verlagerungseffekte aus dem Krankenhaus in die Praxis können in den Verhandlungen mit den Kassen geltend gemacht werden, aber die Instrumente zu deren Messung müssen noch verfeinert werden. Auch Verteilungs- und Strukturprobleme müssen gelöst werden. Die Honorarreform wird vor dem Jahr 2012 daher noch nicht abgeschlossen sein.

NEUE VERTEILUNGSREGELN SOLLEN REGELLEISTUNGSVOLUMEN STABILISIEREN

Ein Problem der Honorarverteilung wird zum 1. Juli gelöst: Die sogenannten freien Leistungen werden nicht mehr bevorzugt finanziert. Der Bewertungsausschuss hat beschlossen, auch für diese Leistungen Mengengrenzen festzulegen. Ziel ist es, die Regelleistungsvolumen (RLV) zu stabilisieren und einen weiteren Abfall der RLV-Fallwerte zu verhindern.

WEITERE MASSNAHMEN ERFORDERLICH

- Ein kritischer Punkt sind noch die steigenden Fallzahlen. Auch sie drücken die RLV-Fallwerte. Der Bewertungsausschuss sieht deshalb vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen gemeinsam mit den Krankenkassen für die Zahl der Fälle eine Zuwachsgrenze einbauen. Damit sollen künftig nicht mehr alle „neuen“ Fälle in die RLV-Berechnung einfließen.
- Sobald die Gesamtbilanz der Honorarreform für das Jahr 2009 vorliegt, müssen noch nicht (hinreichend) korrigierte Umverteilungsprobleme behoben werden.
- Nach der Vereinheitlichung der Preise gibt es nunmehr Forderungen, auch die Leistungsmenge je Versicherten bundesweit zu vereinheitlichen. Für diese zweite Stufe der Honorarreform bedarf es erst einer Gesetzesänderung.

WENIGER HONORAR DURCH SELEKTIVVERTRÄGE

Selektive Vollversorgungsverträge erfordern, dass die Gesamtvergütung um den Leistungsanteil bereinigt wird, der vom Kollektiv- in den Selektivvertrag abwandert. Weniger Gesamtvergütung bedeutet, die Ärzte erhalten weniger Honorar. Dies führt unweigerlich auch zu niedrigeren Fallwerten im RLV. Die KBV konnte im Bewertungsausschuss durchsetzen, dass Ärzte, die nicht an einem Selektivvertrag teilnehmen, weitestgehend vor Honorarkürzungen geschützt sind. So darf der RLV-Fallwert einer Arztgruppe infolge der Bereinigung nur um maximal 2,5 Prozent sinken. Dies ist erst einmal eine bundesweite Vorgabe und wird gegebenenfalls in Schleswig-Holstein noch geändert.

Änderungen in der vertragsärztlichen Vergütung ab 1. Juli 2010

Stabile Regelleistungsvolumen durch neue Verteilungsregeln

Die Regelleistungsvolumen (RLV) sind in vielen Regionen zum Teil dramatisch gesunken. Ein Grund ist der Zuwachs von „freien Leistungen“, die unbegrenzt zu festen Preisen honoriert werden. Um diesen Prozess zu stoppen, wird die Honorarverteilung für Ärzte zum 1. Juli 2010 in einigen Punkten verändert. Fast alle Leistungen, die aus der begrenzten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt werden, unterliegen dann einer Mengenbegrenzung. Zur Steuerung von bislang „freien Leistungen“ wie Akupunktur und dringenden Hausbesuchen werden qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Dieser Schritt ist notwendig, um die RLV und damit die Basisversorgung zu stärken. Für Psychotherapeuten bleibt alles beim Alten: Sie erhalten weiterhin eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze.

SCHON WIEDER ÄNDERUNGEN – WARUM?

Seit Beginn der Honorarreform ist die Zahl der „freien Leistungen“ enorm gestiegen. So haben die Hausärzte allein im ersten Quartal 2009 bundesweit 38 Prozent mehr dringende Hausbesuche abgerechnet als im Vorjahresquartal. Dies hat dazu geführt, dass immer weniger Geld für die Regelleistungsvolumen zur Verfügung steht. Der Grund liegt in der Finanzierungssystematik: „Freie Leistungen“ werden (noch bis 30. Juni 2010) aus der MGV, aber ohne Mengenbegrenzung zu festen Preisen vergütet. Aus dem begrenzten Honorarvolumen müssen auch die RLV gebildet werden. Jede zusätzliche „freie Leistung“ geht somit zu Lasten der RLV. Ohne die Einführung von Mengengrenzen würden die RLV-Fallwerte weiter sinken.

GLEICHRANGIGE FINANZIERUNG VON RLV UND QZV

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung hatten aufgrund sinkender RLV-Fallwerte bereits im vergangenen Jahr Korrekturen am Honorarverteilungssystem gefordert. Nach mehreren Verhandlungen stimmten die Krankenkassen im März dieses Jahres den Vorschlägen der KBV in wesentlichen Punkten zu.

Eine vorrangige Bedienung der Regelleistungsvolumen lehnten die Kassen allerdings ab. Nach dem Beschluss sind RLV und QZV „gleichrangig“ zu finanzieren. Damit werden die RLV-Fallwerte vielerorts steigen, allerdings nicht in dem Umfang wie von der Ärzteschaft gefordert. Immerhin sollen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jedoch nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses darauf achten, dass die RLV so bemessen werden, dass die Grund- und Versichertenpauschalen angemessen vergütet werden können.

GEWINNER UND VERLIERER

Von den neuen Regelungen werden vor allem Ärzte profitieren, die die Basisversorgung abdecken, aber nur wenige Leistungen außerhalb des RLV erbringen können. Insbesondere Ärzte, die bisher aus der Abrechnung „freier Leistungen“ große Umsätze erhalten, müssen eventuell mit Honorarverlusten rechnen.

Was Sie noch wissen sollten:

ZUWACHSBEGRENZUNG FÜR FALLZAHL

Für die Höhe der RLV-Fallwerte ist auch die Fallzahl von Bedeutung. Der Bewertungsausschuss sieht deshalb vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die Zahl der Fälle eine Zuwachsgrenze vereinbaren. Damit sollen künftig nicht mehr alle „neuen“ Fälle in die RLV-Berechnung einfließen. In Schleswig-Holstein wird es in 2010 keine Fallzahlbegrenzung geben.

QZV NICHT NUR FÜR „FREIE LEISTUNGEN“

Zur Mengensteuerung der „freien Leistungen“ werden für fast alle Arztgruppen qualifikationsgebundene Zusatzvolumen eingeführt – kurz QZV genannt. Auch für Leistungen, die bislang im RLV enthalten sind, aber nur von einem Teil der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe abgerechnet werden (z. B. Bronchoskopie, Allergologie), können die Kassenärztlichen Vereinigungen QZV bilden. So wird das Honorar für solche Leistungen gezielt an die Ärzte verteilt, die diese Leistungen erbringen. Außerdem: Die Fallwertzuschläge (z. B. für Ultraschall und Psychosomatik bei Hausärzten, Teilradiologie bei Fachärzten) werden ebenfalls durch QZV ersetzt.

SEPARATE HONORARVOLUMEN FÜR ARZTGRUPPEN

Um das Honorar möglichst gerecht zu verteilen, werden auf Basis des Jahres 2008 arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für RLV- und QZV-Leistungen gebildet.

VIELE REGELN KÖNNEN REGIONAL ANGEPASST WERDEN

Der zum 1. Juli 2010 in Kraft tretende Beschluss sieht eine Vielzahl regionaler Spielräume vor. So können KVen und Krankenkassen entscheiden, für welche Leistungen sie QZV bilden und wie sie diese berechnen.

ÄNDERUNGEN NUR BEI MGV-LEISTUNGEN

Die Änderungen betreffen nur Leistungen, die aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) honoriert werden. Leistungen wie Vorsorgeuntersuchungen und ambulante Operationen, die die Krankenkassen außerhalb der MGV bezahlen, werden weiterhin unbegrenzt zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt.

Die MGV wird nach einem neuen Trennungsverfahren dauerhaft in ein hausärztliches und in ein fachärztliches Verteilungsvolumen aufgeteilt. Dadurch wird verhindert, dass Leistungsausweitungen der Fachärzte zu Lasten der Hausärzte gehen und umgekehrt. Mit der neuen Systematik bleibt die Vergütung stabil getrennt. Beide Honorarbereiche werden künftig auch separat weiterentwickelt. Der Gesetzgeber hatte die Trennung der Hausarzt-Facharzt-Vergütung in 2000 eingeführt. Sie sollte vor zwei Jahren wieder abgeschafft werden. Nun ist es der Ärzteschaft gelungen, ein stabiles Trennungsverfahren zu etablieren. Damit ist ein wichtiger Schritt getan, um eine eigenständige Verwaltung der Versorgungsbereiche zu gewährleisten.

Wie wird das Geld verteilt?

Regeln und Neuerungen zur Honorarverteilung ab 1. Juli 2010

Das Vergütungssystem der rund 5.000 niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten in Schleswig-Holstein ist wahrlich nicht einfach. Die gesetzlichen Krankenkassen stellen für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten pro Jahr einen Geldbetrag zur Verfügung. Die Verteilung erfolgt nach bundesweit einheitlichen Rahmenvorgaben, auf die sich Ärzte und Krankenkassen einigen müssen. Grundlage bilden gesetzliche Regelungen.

Leistungsausweitungen, Honorarverschiebungen etc. erfordern immer wieder Anpassungen und Korrekturen. Ab 1. Juli wird sich die Honorarverteilung in einigen Punkten ändern.

Was bleibt, was kommt?

In diesem Serviceteil finden Sie alle wichtigen Regeln zur Honorarverteilung mit Übersichten und Beispielen.

1. Allgemeines zur Honorierung

Basis der Abrechnung: die Euro-Gebührenordnung

Grundlage für die Abrechnung ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM). Er enthält alle Leistungen, die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen abrechnen können. Seit 1. Januar 2009 steht hinter jeder Leistung nicht nur eine Punktzahl, sondern auch ein fester Euro-Preis. Zur Ermittlung des Preises wird die Punktzahl mit dem regional verhandelten Punktwert multipliziert.

Ausgangswert für die Festsetzung eines regionalen Punktwertes ist der sogenannte Orientierungswert. Über dessen Höhe verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr neu mit den Krankenkassen. Steigt dieser Punktwert, steigen folglich auch die Preise und damit das leistungsbezogene Honorar für die Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. Der Orientierungswert im Jahr 2010 beträgt 3,5048 Cent.

Krankenkassen zahlen Gesamtvergütung

Zur Finanzierung der vertragsärztlichen und vertragspsychotherapeutischen Leistungen stellen die Krankenkassen eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) zur Verfügung. Über ihre Höhe müssen sich Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen jeweils bis zum 15. November des Vorjahres einigen. Grundlage bilden die zuvor auf Bundesebene vereinbarten Preis- und Mengenentwicklungen.

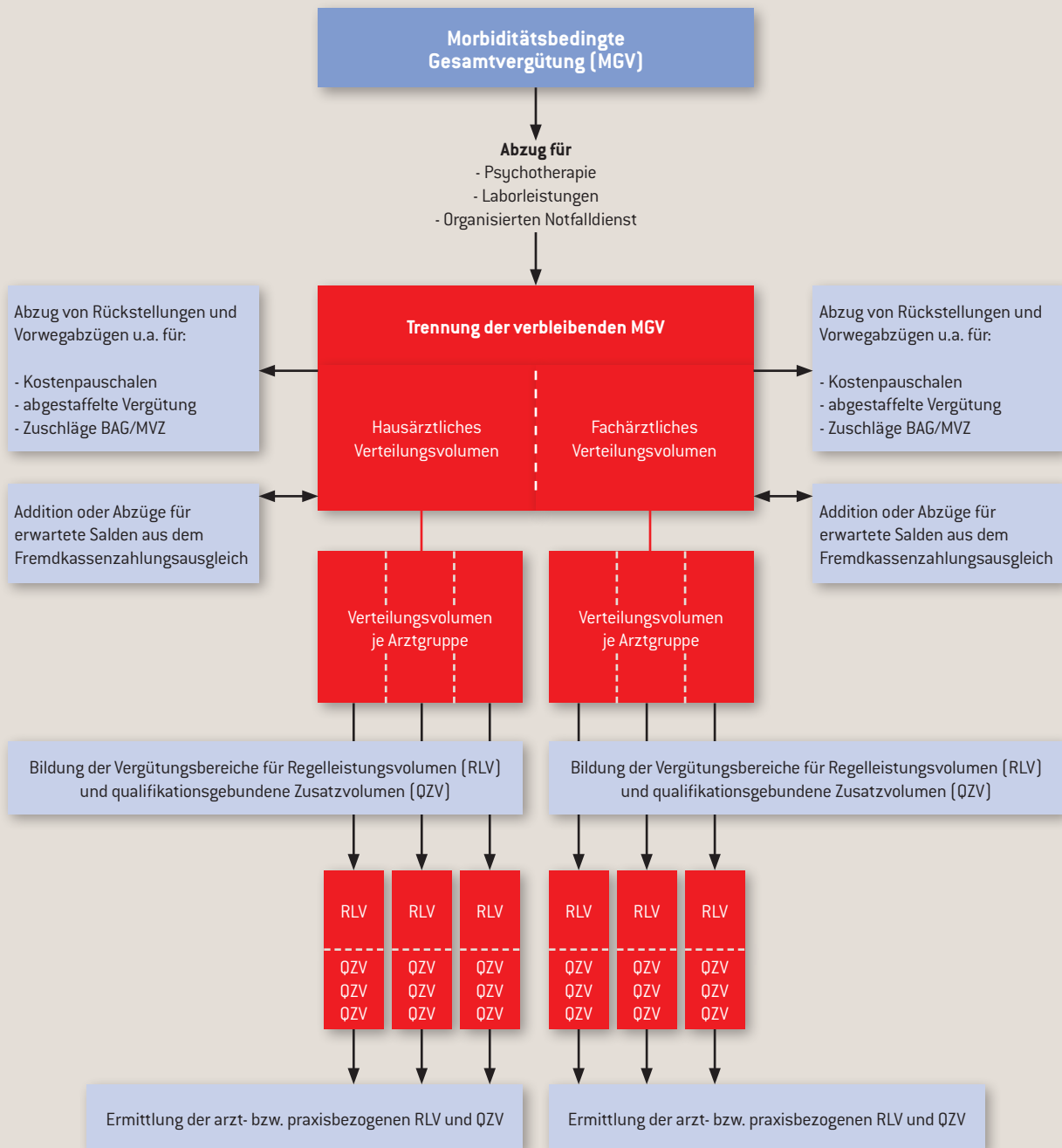
Aus der MGV wird ein Großteil der ambulanten Leistungen vergütet, die im Kollektivvertrag erbracht werden. Sie bildet die Ausgangsgröße für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen. Nur bei einem nicht vorhersehbaren Anstieg der Morbidität, z. B. bei einer Epidemie, besteht die Möglichkeit, dass die Krankenkassen mehr zahlen müssen als vereinbart.

Zusätzliches Geld stellen die Krankenkassen ansonsten für Leistungen bereit, die sie außerhalb der MGV zu festen Preisen bezahlen müssen (aMGV). Außerhalb und ohne Mengenbegrenzung werden besonders förderungswürdige Leistungen wie Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen und ambulante Operationen honoriert. MGV und aMGV bilden zusammen die Vergütung der Ärzteschaft.

Entwicklung der Gesamtvergütung orientiert sich an der Morbidität

Seit Abschaffung der steuernden Honorarbudgets im Jahr 2009 ist die Entwicklung der Gesamtvergütung nicht mehr an die Entwicklung der Grundlohnsummen gekoppelt. Die Gesamtvergütung wird entsprechend der Morbidität der Bevölkerung angepasst. Auch die Betriebskosten in den Praxen sowie Verlagerungseffekte vom stationären in den ambulanten Sektor können berücksichtigt werden. Allerdings erweist sich die Durchsetzung der damit verbundenen Vergütungsforderungen als äußerst schwierig, da die Krankenkassen nicht mehr Geld bereitstellen wollen.

Der Weg des Geldes: So wird die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung verteilt



Quelle: KBV

Grundsätzlich sieht der RLV-Beschluss vor, dass sämtliche Leistungen einer Arztgruppe über Regelleistungsvolumen oder qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gesteuert werden. Für besonders förderungswürdige Leistungen können KV und Kassen auf Landesebene eine Vergütung ohne Mengengrenzung vereinbaren. Die Honorierung solcher „freien Leistungen“ erfolgt dann aus dem Verteilungsvolumen der jeweiligen Arztgruppe. Anders als bei der noch bis 30. Juni geltenden Systematik gehen Mengenausweitungen somit nicht zu Lasten unbeteiligter Arztgruppen.

Die Krankenkassen bezahlen einige Leistungen auch außerhalb der MGV. Diese Leistungen erhält der Vertragsarzt ohne Mengengrenzung zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet (siehe Übersicht auf Seite 7).

Übersicht extrabudgetäre Leistungen

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Bundesweit:

- Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V
- Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V
- Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V
- Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 137f bis g SGB V
- Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140 a bis h SGB V
- Regional vereinbarte Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind.
- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 EBM (ambulante Operationen) sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Früherkennungsmaßnahmen und Mutterschaftsvorsorgeleistungen nach den Abschnitten 1.7.1 bis 1.7.4 EBM und die GOP 32880 bis 32882 des Abschnitts 32.2.8 EBM (u.a. Früherkennungsuntersuchung U7a und Hautkrebsscreening)
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung nach der GOP 13622 einschließlich Sachkosten
- Kostenpauschalen nach den GOP 40860 und 40862 zur Erstattung des bes. Aufwandes im Rahmen der Verordnung der spezialisierten amb. Palliativversorgung (SAPV)
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung
- Dialysesachkosten
- Kostenpauschalen für ärztlich angeordnete Hilfeleistungen gem. § 87 Abs. 2b Satz 5 SGB V nach den GOP 40870 und 40872
- Leistungen zur spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten nach den GOP 30920, 30922 und 30924
- Kostenpauschalen im Zusammenhang mit der Verordnung besonderer Arzneimitteltherapie nach den GOP 40865 bis 40868
- Nukleinsäurenachweis von Influenza H1N1 nach der GOP 88740 sowie der Influenza Schnelltest nach der GOP 88741

Besonderheiten in Schleswig-Holstein:

REGIONAL

- Weitere operative Leistungen einschließlich Anästhesien aus dem Katalog zum Vertrag nach § 115 b SGB V
- Belegärztliche Begleitleistungen
- Betreuungsleistungen nach Gebührenordnungsnummern 16230 und 21230
- Besuche in Pflegeheimen nach SGB XI außerhalb des ärztlichen Bereitschaftsdienstes (EBM-Abschnitt 1.4 plus Kennzeichen „H“)

Über die Preis- und Mengenentwicklung verhandelt die Kassenärztliche Bundesvereinigung jedes Jahr neu mit dem Spitzenverband der Krankenkassen im sogenannten Bewertungsausschuss. Wird keine Einigung erzielt, entscheidet ein Schiedsgremium, der Erweiterte Bewertungsausschuss. Das Ergebnis auf Bundesebene bildet die Grundlage für die Verhandlungen auf regionaler Ebene.

NEU

MGV WIRD KÜNFTIG GETRENNT FÜR HAUS- UND FACHÄRZTE WEITERENTWICKELT

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird künftig für Haus- und Fachärzte getrennt weiterentwickelt. Dazu wird ab dem 3. Quartal 2010 ein neues Trennverfahren angewendet. Die Vergütung ist damit dauerhaft in einen haus- und in einen fachärztlichen Vergütungsanteil getrennt. Das neue Verfahren wurde von der Ärzteschaft entwickelt und vom Bewertungsausschuss beschlossen.

2. Der Weg des Geldes – Wie wird die MGV verteilt?

Wie werden die Krankenkassengelder verteilt und wofür müssen welche Finanzmittel reserviert werden? Der Weg des Geldes ist genau vorgeschrieben: Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat im Sommer 2008 auf Grundlage gesetzlicher Vorschriften festgelegt, wie die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV) ab dem Jahr 2009 zu verteilen ist. Zum 1. Juli 2010 wird die Verteilung mit dem Ziel geändert, Fehlentwicklungen der ursprünglich beschlossenen Honorarverteilung zu stoppen (siehe auch Grafik Seite 6).

NEU

DAS ÄNDERT SICH IM WESENTLICHEN BEI DER VERTEILUNG DER GESAMTVERGÜTUNG:

- Vorwegabzüge werden auf das Wesentliche reduziert.
- Die Trennung der MGV in ein haus- und fachärztliches Verteilungsvolumen erfolgt nach einem neuen Verfahren.
- Zur Berechnung der Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen wird für jede Arztgruppe ein Zusatzvolumen ermittelt.

3. So bekommt der Vertragsarzt sein Geld

NEU

Zum 1. Juli 2010 wird die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in einigen Punkten geändert: Zur Mengensteuerung der bisher unbegrenzt abrechenbaren „freien Leistungen“ werden für fast alle Arztgruppen qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) eingeführt. Dadurch soll eine übermäßige Ausweitung von Leistungen verhindert werden, die nur von einem Teil der Ärzte erbracht werden, aber das Verteilungsvolumen aller Ärzte verkleinern. Durch die Einführung der QZV werden keine Leistungen mehr aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung unbegrenzt zu festen Preisen honoriert. Auch die sogenannten Fallwertzuschläge für Hausärzte (z. B. für Sonographie und Kleinchirurgie) und für Fachärzte (für Teilradiologie) fallen weg. Sie werden ebenfalls durch QZV ersetzt.

Wer entscheidet eigentlich über die Vergütung?

Dass die Kassenärztliche Bundesvereinigung bestimmt, wie das Geld verteilt wird, ist ein Irrglaube. Jede Entscheidung, ob auf Bundes- oder Landesebene, muss gemeinsam mit den Krankenkassen getroffen werden. Der Gesetzgeber hat so in den §§ 87ff. des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) dem KV-System und den Krankenkassen den Auftrag zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung erteilt. Über den Inhalt beschließt der Bewertungsausschuss. Ihm gehören je drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und vom GKV-Spitzenverband benannte Mitglieder an.

Aufgrund der unterschiedlichen Positionen von Ärzte- und Kassenvertretern ist eine Einigung im Bewertungsausschuss nicht immer möglich. In solchen Fällen wird als nächste Instanz der Erweiterte Bewertungsausschuss angerufen. Dieses Schiedsgremium besteht neben den Ärzte- und Kassenvertretern aus zusätzlich drei unparteiischen Mitgliedern. Die Beschlüsse werden durch Mehrheitsentscheidungen getroffen. Entsprechend schwierig ist es, Positionen durchzusetzen. Die Lösungen sind oftmals Kompromisse.

3.1. Mehr als nur das RLV – So setzt sich das Honorar ab 1. Juli zusammen

Mit der Einführung von qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen verändert sich die Zusammensetzung des ärztlichen Honorars. „Freie Leistungen“ fallen weg, Fallwertzuschläge für ausgewählte Leistungen gibt es nicht mehr. Das ärztliche Honorar setzt sich ab Juli 2010 so zusammen:

VIER HONORARTEILE	VERGÜTUNG
Honorar für Leistungen aus dem Regelleistungsvolumen (RLV) und ggf. den qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)	zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung
Honorar für RLV- und QZV-Leistungen, die die Mengengrenze überschreiten	zu abgesenkten Preisen (floatender Punktwert)
Honorar für Leistungen, die außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengengrenzung bezahlt werden (z. B. Früherkennungsuntersuchungen)	zu den Preisen der Euro- Gebührenordnung
ggf. Honorar aus Vorwegabzügen, z. B. ärztlicher Bereitschaftsdienst, oder wenn auf Landesebene „freie Leistungen“ vereinbart werden	zu den Preisen der Euro- Gebührenordnung, ggf. quotiert

3.2. RLV und QZV – ein Honorarvolumen für die Praxis

Ein Großteil der Leistungen, die Vertragsärzte im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen, werden aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) bezahlt. Rechnen sie in einem Quartal – soweit kein unvorhersehbarer Krankheitsanstieg z. B. aufgrund einer Epidemie entsteht – mehr Leistungen als im Vorjahresquartal ab, stellen die Krankenkassen nicht mehr Geld zur Verfügung. Eine ungebremste Leistungsausweitung wird folglich nicht bezahlt.

NEU

Ein Honorarvolumen steuert die Leistungsmenge

Um zu verhindern, dass ein Arzt „dem anderen in die Tasche greift“, wird jedem Vertragsarzt ein Volumen pro Quartal zugeteilt. Es besteht aus dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen (RLV) und – das ist neu – den ggf. zugewiesenen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV). Es orientiert sich an der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal.

Das Volumen ist eine Mengengrenze, bis zu der eine Praxis ihre Leistungen zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt bekommt. Darüber hinausgehende RLV- oder QZV-Leistungen werden auch vergütet, allerdings zu einem abgestaffelten Preis.

NEU

Flexible Verrechnungsmöglichkeiten

Innerhalb des Volumens besteht eine hohe Flexibilität: Schöpft eine Arztpraxis ihr RLV nicht aus, können entsprechend mehr QZV-Leistungen zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung abgerechnet werden und umgekehrt. Dem einer Praxis zugewiesenen RLV und ggf. QZV steht also die gesamte abgerechnete Leistungsmenge der Praxis gegenüber.

Beispiel

Schöpft Dr. Mustermann sein QZV für Bronchoskopien nicht aus, dann kann er den Rest mit RLV-Leistungen füllen, die zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt werden.

Zuweisung von RLV und QZV erfolgt praxisbezogen

RLV und ggf. QZV werden je Arzt ermittelt. Die Zuweisung selbst erfolgt aber praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV-QZV-Volumens einer Arztpraxis aus der Addition der RLV und QZV je Arzt, die in der Praxis tätig sind.

Vergütung bis zur Volumengrenze zu festen Preisen

Die Leistungen innerhalb des Volumens (RLV plus ggf. QZV) werden zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung bezahlt. Darüber hinausgehende Leistungen erhält der Arzt zu einem abgestaffelten Preis vergütet. Die Höhe des abgestaffelten Preises hängt davon ab, wieviel RLV- und QZV-Leistungen alle Hausärzte bzw. alle Fachärzte über die Grenzen hinaus abgerechnet haben. Für die Honorierung dieser Leistungen stehen jeweils zwei Prozent des haus- und fachärztlichen Verteilungsvolumens bereit.

Beispiel

Dr. Mustermann erhält für 800 Fälle ein RLV von 28.000 Euro im Quartal. Zusätzlich bekommt er drei QZV in einer Gesamthöhe von 5.000 Euro. Sein Gesamtvolumen beträgt 33.000 Euro. Es werden ihm somit für max. 33.000 Euro Leistungen zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt. Erbringt er mehr RLV- und QZV-Leistungen, werden diese zu einem niedrigeren Preis vergütet.

3.2.1 Die Berechnung des Regelleistungsvolumens

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit hat der Gesetzgeber mit der Honorarreform 2009 die Regelleistungsvolumen (RLV) vorgesehen. Dem RLV unterliegen vor allem Leistungen, die zur Basisversorgung gehören. Der Anteil von RLV-Leistungen am Gesamtumsatz eines Arztes ist je nach Arztgruppe und Spezialisierung unterschiedlich hoch.

NEU

Ab 1. Juli 2010 werden Regelleistungsvolumen und qualifikationsgebundene Zusatzvolumen gleichgewichtet berechnet.

Außerdem müssen Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen darauf achten, dass die RLV so bemessen werden, dass die Grund- und Versichertenpauschalen angemessen vergütet werden können. Damit wird dem stetigen Verfall der RLV-Fallwerte ein Riegel vorgeschoben.

Die Berechnung erfolgt wie gehabt:

Regelleistungsvolumen des Arztes = Fallzahl des Arztes x Fallwert der Arztgruppe x Altersfaktor

Fallwert: Zur Berechnung des Fallwertes der Arztgruppe wird das für die Regelleistungsvolumen der Arztgruppe zur Verfügung stehende Verteilungsvolumen durch die Fallzahl der Arztgruppe geteilt. Das Ergebnis ist der arztgruppenspezifische Fallwert für RLV-Leistungen.

Hinweis: Dieser Fallwert zur Berechnung der RLV berücksichtigt nur die Leistungen, die innerhalb der RLV erbracht werden. Bei diesem Wert handelt es sich nicht um den Fallwert, der alle Leistungen umfasst.

Fallzahl: Die Fallzahl ist die Anzahl der kurativ-ambulantem RLV-Fälle eines Arztes im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Fallzahlsteuerung. Ausgenommen sind u. a. Fälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen durchgeführt werden.

Altersfaktor: Der Altersfaktor berücksichtigt den unterschiedlichen Behandlungsaufwand in den verschiedenen Altersklassen:

- bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- ab dem 60. Lebensjahr

Beispiel

Hat eine Praxis im 3. Quartal 2009 einen hohen Anteil von Patienten über 60 Jahre, kann sich ein Faktor größer als 1 ergeben. Sie erhält dann ein höheres RLV.

ZU VIELE FÄLLE? – REGELUNG ZUR FALLZAHLSTEUERUNG UND ABSTAFFELUNG

Ob ein RLV-Fallwert 30 oder 35 Euro beträgt, hängt nicht nur davon ab, wieviel Honorar für die Regelleistungsvolumen zur Verfügung steht. Ein entscheidender Faktor ist auch die Fallzahl. Um eine übermäßige Fallzahlsteigerung zu verhindern, sind auch hier Begrenzungen vorgesehen. Die folgenden zwei Regelungen kommen zur Anwendung:

NEU

1. REGELUNG ZUR FALLZAHLSTEUERUNG

Der Bewertungsausschuss sieht vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen für die Zahl der Fälle eine Zuwachsgrenze einbauen. Damit sollen künftig nicht mehr alle „neuen“ Fälle in die RLV-Berechnung einfließen. In Schleswig-Holstein wird es in 2010 keine Fallzahlbegrenzung geben.

2. REGELUNG ZUR ABSTAFFELUNG DES FALLWERTES

Die seit Januar 2009 geltende Abstufungsregelung bei der Berechnung der RLV bleibt bestehen. Jeder Fall, der mehr als 50 Prozent über dem Fachgruppenschnitt liegt, wird bei der Ermittlung des RLV nur mit einem abgesenkten Fallwert multipliziert. Der RLV-Fallwert wird wie folgt gemindert:

- um 25 Prozent für RLV-Fälle über 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe
- um 50 Prozent für RLV-Fälle über 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe
- um 75 Prozent für RLV-Fälle über 200 Prozent der durchschnittlichen RLV-Fallzahl der Arztgruppe

Beispiel

Dr. Mustermann hatte im 3. Quartal 2009 1.800 Behandlungsfälle. Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe betrug 800. Der aktuelle RLV-Fallwert zur Berechnung des Regelleistungsvolumens liegt bei 35 Euro.

Sein RLV für das 3. Quartal 2010 berechnet sich wie folgt:

- 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe sind 1.200 Fälle.
Für diese Fälle erhält Dr. Mustermann einen Fallwert von 35 Euro.
- Zwischen 150 und 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen 160 Fälle.
Für diese erhält Dr. Mustermann einen um 25 Prozent abgesenkten Fallwert: statt 35 Euro 26,25 Euro.
- Zwischen 170 und 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen 240 Fälle.
Für diese erhält Dr. Mustermann 50 Prozent des Fallwertes, statt 35 Euro 17,50 Euro.
- Über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe liegen 200 Fälle.
Für diese erhält Dr. Mustermann einen um 75 Prozent abgesenkten Fallwert, statt 35 Euro 8,75 Euro.

Es ergibt sich folgende Rechnung:

35,00 Euro x 1.200 Fälle
+ 26,25 Euro x 160 Fälle
+ 17,50 Euro x 240 Fälle
+ 8,75 Euro x 200 Fälle

= 52.150 Euro

Da die Praxis von Dr. Mustermann mehr Patienten über 60 Jahre versorgt als der Durchschnitt seiner Arztgruppe, wird noch ein Altersfaktor von 1,1 angesetzt. Das RLV beträgt damit

52.150 Euro x 1,1 = 57.365 Euro

REGELLEISTUNGSVOLUMEN BEI NEUZULASSUNGEN

Ärzte, die weniger als fünf Jahre niedergelassen sind und eine unterdurchschnittliche Fallzahl aufweisen, haben die Möglichkeit, die durchschnittliche Fallzahl ihrer Arztgruppe zu erreichen. Sie bekommen Leistungen bis zu einer individuellen Obergrenze aus individueller Fallzahl und RLV-Fallwert der Arztgruppe nach der Euro-Gebührenordnung vergütet.

3.2.2. Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV) werden zum 1. Juli 2010 für folgende Leistungen neu eingeführt:

- „Freie Leistungen“, die bis zum 30. Juni 2010 aus der MGV, aber außerhalb des Regelleistungsvolumens ohne Mengengrenzung honoriert werden (z. B. Akupunktur)
- Leistungen, für die es zurzeit Fallwertzuschläge gibt (z. B. Ultraschall und Psychosomatik bei Hausärzten, Teilradiologie bei Fachärzten)
- Leistungen, die bislang im Regelleistungsvolumen enthalten sind, aber nur von einem Teil der Ärzte der jeweiligen Arztgruppe erbracht werden (z. B. Allergologie, kurative Mammographie, Bronchoskopie)

Hinweis: Eine Übersicht mit allen qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen enthält die Anlage 3 zum Beschluss Teil F. Sie finden den Beschluss des Bewertungsausschusses unter: www.kvsh.de

REGIONAL

Die Kassenärztlichen Vereinigungen können mit den regionalen Krankenkassen qualifikationsgebundene Zusatzvolumen auch für weitere Arztgruppen und weitere Leistungen vereinbaren. Sie haben auch die Möglichkeit, besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb von RLV und QZV als „freie Leistungen“ zu vergüten.

Die für Schleswig-Holstein bestimmten QZV standen zum Redaktionsschluss noch nicht fest. Sobald sie festgelegt sind, werden sie im Internet veröffentlicht.

WER ERHÄLT DIE ZUSATZVOLUMEN? – DIE VORAUSSETZUNGEN

Für fast jede Arztgruppe gibt es mehrere qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV). Die Zuteilung zum einzelnen Arzt ist an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- Ärzte erhalten ein Zusatzvolumen, wenn sie der jeweiligen Fachgruppe angehören, für die ein QZV gebildet wird. Bei Leistungen mit weiteren Qualitätsanforderungen (nach § 135 Abs. 2, § 137 SGB V) ist eine Abrechnungsgenehmigung erforderlich.
- Außerdem müssen sie mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV im jeweiligen Vorjahresquartal abgerechnet haben – z. B. eine Hyposensibilisierung für die Zuweisung des QZV Hyposensibilisierungsbehandlung.

REGIONAL

In Schleswig-Holstein wird Neupraxen voraussichtlich ein mit den Krankenkassen noch zu verhandelndes Wachstum zugestanden. Über die Zuordnung von QZV für Praxen, die eine Leistung neu erbringen, wird jeweils im Einzelfall entschieden und die individuelle Praxissituation berücksichtigt.

SO WERDEN DIE QZV BERECHNET

Die Berechnung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) erfolgt arztgruppenspezifisch für jedes QZV einzeln. Jeder Arztgruppe steht dafür ein bestimmtes Verteilungsvolumen zur Verfügung, aus dem die unterschiedlichen Zusatzvolumen ermittelt werden.

Die KVSH hat sich für eine leistungsfallbezogene Berechnung der QZV entschieden. Das Leistungsspektrum des einzelnen Arztes wird dadurch besser abgebildet und die Differenzierung einer Arztgruppe deutlicher.

LEISTUNGSFALLBEZOGENE BERECHNUNG

Bei dieser Variante erhält jeder Arzt, der Anspruch auf das jeweilige Zusatzvolumen hat, einen Zuschlag pro Leistungsfall. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall mindestens eine Leistung des entsprechenden QZV abgerechnet worden ist. Zur Berechnung des Zuschlags wird die Leistungsfallzahl des Arztes im Vorjahresquartal mit dem Fallwert der Arztgruppe für das jeweilige qualifikationsgebundene Zusatzvolumen multipliziert. Der Fallwert errechnet sich aus dem für das Zusatzvolumen vorhandene Verteilungsvolumen geteilt durch die Leistungsfallzahl der Ärzte der Arztgruppe.

**Beispiel
Orthopädie**

QZV AKUPUNKTUR Ein Orthopäde, der im Vorjahresquartal 1.000 RLV-Fälle und dabei 150 Akupunkturen abgerechnet hat, erhält für 150 Leistungsfälle (Akupunkturfälle) einen Zuschlag in Höhe des QZV-Leistungsfallwertes. Sein QZV berechnet sich somit wie folgt:
 $QZV = 150 \times QZV\text{-Leistungsfallwert der Arztgruppe.}$

Der QZV-Leistungsfallwert der Arztgruppe ist bei diesem Modell vergleichsweise hoch. Dafür aber fließen in die Berechnung des Zusatzvolumens auch nur die Leistungsfälle des Arztes (hier Akupunktur) ein und nicht alle seine RLV-Fälle.

MITTEILUNG DER QZV

Die KV teilt dem Arzt bzw. der Praxis die Höhe des bzw. der QZV zusammen mit dem RLV jeweils einen Monat vor Quartalsbeginn mit. Es muss kein Antrag gestellt werden.

Aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Verhandlungen mit den Krankenkassen können die Mitteilungen für das 3. Quartal 2010 leider erst Ende Juni erfolgen.

3.3. Zuschlagsregelung für MVZ und Berufsausübungsgemeinschaften

Zur Förderung der vertragsärztlichen Versorgung in Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) wird das praxisbezogene Regelleistungsvolumen

- für fach- und schwerpunktgleiche BAG und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um zehn Prozent erhöht,
- für fach- und schwerpunktübergreifende BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte
 - um fünf Prozent je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt für maximal sechs Arztgruppen,
 - für jede weitere Arztgruppe bzw. weiteren Schwerpunkt um 2,5 Prozent,
 - jedoch insgesamt höchstens um 40 Prozent erhöht.

Ärzte mit mehreren Gebiets- und Schwerpunktbezeichnungen werden nur mit einem Gebiet oder Schwerpunkt berücksichtigt.

Diese Zuschläge gelten in Schleswig-Holstein in 2010 auch für die QZV, die aus bisherigen RLV-Leistungen gebildet werden.

NEUE REGELUNG FÜR 2011 GEPLANT

Diese Regelung gilt vorerst bis zum 31. Dezember 2010. Der Bewertungsausschuss will die Regelung zum 1. Januar 2011 anpassen mit dem Ziel, bei der Förderung der fach- und schwerpunktübergreifenden BAG und MVZ neben der Anzahl der Arztgruppen und Schwerpunkte auch den Kooperationsgrad zu berücksichtigen.

4. So bekommt der Vertragspsychotherapeut sein Geld

Für psychotherapeutische Fachgruppen ändert sich zum 1. Juli 2010 nichts. Um eine übermäßige Ausdehnung psychotherapeutischer Leistungen zu verhindern, erhält jeder Arzt bzw. Psychotherapeut weiterhin eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze. Diese gibt eine maximale Abrechnungszeit in Minuten pro Quartal vor. Überschreitet die abgerechnete Zeit diese Kapazitätsgrenze, werden diese Leistungen mit niedrigeren Preisen vergütet.

4.1. Fachgruppen mit einer Kapazitätsgrenze

Für folgende Fachgruppen gilt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze:

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte

Hinweis: Diese Fachgruppen erhalten kein RLV.

4.2. Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

Jedem Psychotherapeuten bzw. jedem Arzt wird je Quartal eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze zugewiesen. Sie gilt sowohl für antrags- und genehmigungspflichtige als auch für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen. Der Bewertungsausschuss hat dazu Folgendes festgelegt:

- Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen beträgt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt bzw. je Psychotherapeut 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal.
- Für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen erhält jeder Arzt/Psychotherapeut ein zusätzliches Minutenbudget, das regional berechnet und quartalsweise zugewiesen wird.

Beide Kapazitätsgrenzen bilden zusammen eine zeitbezogene Kapazitätsgrenze.

5. Bereinigung der Vergütung infolge von Selektivverträgen

Vertragsärzte sind es seit Jahrzehnten gewohnt, dass sie einmal im Monat von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Honorar erhalten und zwar für alle Patienten, egal in welcher gesetzlichen Krankenkasse sie versichert sind. Mit dem Abschluss von Selektivverträgen ohne KV-Beteiligung ändert sich dies. Ärzte, die z.B. an einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmen, der ohne Beteiligung ihrer Kassenärztlichen Vereinigung geschlossen wurde, erhalten nicht mehr das komplette Kassenarzthonorar von der KV. Einen Teil ihrer Vergütung bekommen sie nunmehr von den Vertragspartnern des Selektivvertrages. Nehmen sie an mehreren Verträgen teil, erhalten sie ggf. von mehreren „Stellen“ ihr Geld.

Bereinigung gesetzlich vorgeschrieben

Da die Krankenkassen die Leistungen nicht doppelt bezahlen – einmal im Kollektivvertrag und einmal im Selektivvertrag – hat der Gesetzgeber zur Finanzierung der Selektivverträge eine Bereinigung der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) vorgeschrieben. Bei der Bereinigung wird die MGV um das Honorar für die Leistungen gekürzt, die statt im Kollektivvertrag in einem Selektivvertrag außerhalb des KV-Systems (z. B. Hausarztvertrag) erbracht werden. Das Geld geht an die Krankenkassen zurück, die damit die Selektivvertragsärzte bezahlen.

Verfahren zur Bereinigung

Wer erhält infolge der Bereinigung weniger Honorar? Alle Ärzte oder nur die Ärzte, die an einem Selektivvertrag teilnehmen? Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat dazu im Dezember 2009 ein Verfahren festgelegt. Dies ist erst einmal eine bundesweite Vorgabe und wird gegebenenfalls in Schleswig-Holstein noch geändert.

So werden RLV und QZV ab 1. Juli bereinigt:

1. BEI SELEKTIVVERTRAGSÄRZTEN

Ärzte, die ihre Patienten aus dem Kollektivvertrag „ausschreiben“ und in einen Selektivvertrag „einschreiben“, erhalten ein geringeres Regelleistungsvolumen (RLV) und ggf. geringere qualifikationsgebundene Zusatzvolumen (QZV). Das RLV und die QZV werden um die Leistungen der Patienten gekürzt, die bereits vor der Einschreibung bei dem Arzt in Behandlung waren.

Beispiel

Dr. Mustermann hat im Vorjahr 1.000 Patienten im Quartal versorgt. Von diesen 1.000 Patienten nehmen im Folgejahr 500 an der hausarztzentrierten Versorgung teil. Für diese 500 Patienten erhält er sein Honorar über den Selektivvertrag. Folglich steht ihm im Kollektivvertrag nur noch ein RLV für 500 Patienten zu. Auch die QZV werden entsprechend gekürzt.

2. BEREINIGUNG DER ARZTGRUPPE

Ein Teil der Bereinigungsbeträge muss auf die gesamte Arztgruppe umgelegt werden, für die es einen Selektivvertrag gibt. Dabei handelt es sich um die Honorare für Patienten, die vor der Einschreibung nicht bei dem Arzt in Behandlung waren, der sie jetzt im Selektivvertrag versorgt. Außerdem wird die unterschiedliche Morbiditätsstruktur der Versicherten im Kollektiv- und Selektivvertrag auf alle Ärzte verteilt.

Dabei gelten folgende Regelungen:

- Die Umlage von Bereinigungsbeträgen auf die gesamte Arztgruppe betrifft nur die RLV und nicht die QZV. Die Bereinigung für QZV-Leistungen wird nur bei den an den Selektivverträgen teilnehmenden Ärzten durchgeführt. Den ausschließlich am Kollektivvertrag teilnehmenden Arzt trifft hier kein Risiko.
- Durch die Umlage darf der RLV-Fallwert einer Arztgruppe von Kollektiv- und Selektivvertragsärzten nur um max. 2,5 Prozent sinken bzw. steigen. Dieser Schwellenwert gilt für die Bereinigung sämtlicher Selektivverträge (nach §§ 73b, 73c und 140d SGB V), die in einem KV-Bezirk laufen. Das bedeutet: Egal, ob für einen, zehn oder 20 Verträge eine Bereinigung erfolgt, die Veränderung des Fallwertes der Arztgruppe ist auf maximal 2,5 Prozent begrenzt.
- Wird der Schwellenwert von 2,5 Prozent über- oder unterschritten, geht der übersteigende Betrag ausschließlich zu Lasten bzw. zu Gunsten der Selektivvertragsärzte.

Fazit

Ein faires Bereinigungsverfahren kann es angesichts der unterschiedlichen Vertragssysteme nicht geben. Mit der Festsetzung des Schwellenwertes ist es zumindest gelungen, die Auswirkungen der Bereinigung für Ärzte, die nicht an Selektivverträgen teilnehmen, so gering wie möglich zu halten. Ferner konnte die KBV durchsetzen, dass die Umlage von Bereinigungsbeträgen auf die gesamte Arztgruppe nur die RLV- und nicht die QZV-Leistungen betrifft.

6. Sonderregelungen

Praxisbesonderheiten

REGIONAL

Vertragsärzte können unter bestimmten Bedingungen Praxisbesonderheiten geltend machen, um ein höheres Regelleistungsvolumen zu erhalten. Praxisbesonderheiten ergeben sich laut Beschluss des Bewertungsausschusses „aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung“.

PRAXISBESONDERHEITEN I

Voraussetzung für die Anerkennung von Praxisbesonderheiten ist unter anderem die Überschreitung der durchschnittlichen Punktzahlanforderung je Fall um 30 Prozent.

PRAXISBESONDERHEITEN II

Sofern die Anerkennung von Praxisbesonderheiten mit einem regional nicht gebildeten QZV begründet wird, erfolgt eine Einzelfallentscheidung unter Berücksichtigung der gesamten Praxisstruktur.

Ausgleich überproportionaler Honorarverluste

REGIONAL

Verringert sich das Honorar einer Praxis um mehr als 15 Prozent gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008, können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Krankenkassen befristete Ausgleichszahlungen an die Praxis leisten. Die Honorarminderung muss allerdings mit der Umstellung der Mengensteuerung zusammenhängen oder dadurch begründet sein, dass KVen und Krankenkassen Regelungen zu den extrabudgetären Leistungen, die noch im Jahr 2008 galten, nicht fortgeführt haben.

Um die Möglichkeiten eines Ausgleichs von Honorarverlusten beurteilen zu können, sind von der Praxis die erforderlichen Unterlagen bei der KVSH einzureichen.

Internet

Den Beschluss des Bewertungsausschusses zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen finden Sie auf der Internetseite der KVSH unter www.kvsh.de

Die Honorarreform in Kürze – Zahlen und Fakten

- Es ist in wirtschaftlich schwierigen Zeiten gelungen, die Honorarentwicklung von der Entwicklung der Grundlöhne in Deutschland zu trennen. Damit besteht die Chance auf eine leistungsgerechte Vergütung.
- Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung hat zu einem Honorarzuwachs geführt, die Verteilung des Geldes unter den Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten erfolgte allerdings nicht gleichmäßig.
- Die Vergütung in den neuen Bundesländern wurde an das West-Niveau angeglichen.
- Mit den Änderungen in der Honorarverteilung zum 1. Juli 2010 werden die Regelleistungsvolumen gestärkt. Leistungsausweitungen einzelner Ärzte oder Arztgruppen gehen nicht mehr zu Lasten anderer Arztgruppen.
- Die Vergütung bleibt dauerhaft in einen hausärztlichen und in einen fachärztlichen Honorarbereich getrennt.
- Die zunehmende Zahl von Selektivverträgen führt zu einer Reduzierung der Gesamtvergütung. Damit steht langfristig weniger Geld für die Regelleistungsvolumen zur Verfügung – es sei denn, der Gesetzgeber ändert den § 73b SGB V.
- Die Honorarreform geht weiter: Bereits im Sommer wird die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit dem Spitzenverband der Krankenkassen über weitere Preiserhöhungen für das Jahr 2011 verhandeln.
- Zielmarke bleibt ein Orientierungswert von 5,11 Cent.

Haben Sie Fragen?

Dann rufen Sie das Service-Team der KVSH an oder schicken eine E-Mail:

Telefon: 04551 - 883 883

E-Mail: service@kvsh.de

Internet: www.kvsh.de