



Kassennärztliche
Bundesvereinigung
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der GKV (GKV-VStG)

Die Honorarverteilung und Vergütung

RA Dr. Thomas Rompf

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

- Das GKV-VStG integriert die Änderungen der Vergütungs- und Honorarverteilungsregelungen in den Gesamtzusammenhang des Ziels der Gewährleistung einer flächendeckenden wohnortnahen medizinischen Versorgung
- Flexibilisierung: Stärkung der Selbstverwaltung anstelle gesetzlicher Vorgaben
- Teilweise Aufgabe zentraler Vorgaben zugunsten der Regionalisierung

GKV-Versorgungsstrukturgesetz

- Regelungen zur Honorarverteilung und Vergütung:
 1. Autonome Honorarverteilung durch die KVen, § 87b SGB V
 2. Flexibilisierung der regionalen Vergütungsvereinbarung nach § 87a Abs. 3 SGB V
 3. Lockerung des Pauschalisierungsgrades der Gebührenordnungspositionen im EBM
 4. Spezielle Vergütungsregelungen

Honorarverteilung, § 87b SGB V

- Ablösung der gesetzlich vorgegebenen Regelleistungsvolumen als Steuerungsinstrument durch regionale Honorarverteilung
- KV erlässt Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen nach gesetzlichen Vorgaben in § 87b Absätze 1, 2 SGB V
- Bundeseinheitliche Vorgabe der KBV zu den gesetzlichen Vorgaben, § 87b Abs. 4 SGB V

Honorarverteilung, § 87b SGB V

Gesetzliche Vorgaben an die Honorarverteilung:

1. Getrennt nach Haus- und Fachärzten

- Ausgangsgröße:
 - MGV des jeweiligen Abrechnungsquartals
 - Berücksichtigung von Versorgungsbereichswechseln und fachärztlicher Leistungserbringung durch Hausärzte
 - Typisierende Aufteilung neuer Leistungen

2. Verhinderung der Ausdehnung der Tätigkeit des Leistungserbringers über den Versorgungsauftrag bzw. Ermächtigungsumfang hinaus

- Mengenbegrenzung

Honorarverteilung, § 87b SGB V

3. Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe der zu erwartenden Honorierung

- Erfordernis der Mengenbegrenzung und der Kalkulationssicherheit sind in Einklang zu bringen
- Kriterien:
 - Mengenbegrenzungsmaßnahmen unter der Voraussetzung zwingend erforderlich, dass die Gefahr der Überschreitung des Versorgungsauftrages bzw. des Ermächtigungsauftrages besteht
 - Wille des Gesetzgebers:
 - Maßstäbe an Kalkulationssicherheit müssen nicht mehr den der Regelleistungsvolumen entsprechen
 - Honorarverteilungsmaßstab muss Mindesthöhe des Honorars erkennen lassen

Honorarverteilung, § 87b SGB V

- Zulässigkeit unbekannter Variablen in der Berechnungsformel dürfte davon abhängen, ob sich die Höhe des Parameters aus Arzt-, Fachgruppen- oder Versorgungsbereichsbezug ergibt (ggf. vorbehaltlich der Zusicherung eines Mindestwertes)
 - Stärkung der Flexibilität der Selbstverwaltung
- Individualbudgets
- Grenze: Kombination gänzlich unbekannter und unvorhersehbarer Varianten

4. Berücksichtigung kooperativer Behandlung in dafür gebildeten Versorgungsformen


- Kausaler Zusammenhang zwischen Errichtung, der Form der Leistungserbringung und der Durchführung der kooperativen Behandlung
- Ergänzung zu 5.1 Allgemeine Vorschriften EBM

Honorarverteilung, § 87b SGB V

- Vorgaben der KBV nach § 87b SGB V vom 15.12.2011
 - Prüfung von Tatbeständen, die eine Förderung durch die KV rechtfertigen
 - Fortführung der Zuschlagsregelungen aus dem Beschluss des Bewertungsausschuss vom 22.12.2010
 - Erhöhung des Honorars bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Praxen um 10 %
 - Bei standortübergreifenden Praxen 10 % bei einem Kooperationsgrad von mindestens 10 %
 - Bei fach- und standortübergreifenden Praxen steht die Höhe des Zuschlages in Abhängigkeit von dem Kooperationsgrad

Honorarverteilung, § 87b SGB V

5. Möglichkeit gesonderter Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen als eigenes Honorarvolumen bzw. Honorarbudget

- Offene Fragen:
 - Arztgruppenspezifisch oder übergreifend?
 - Einschreibung des Versicherten erforderlich?
 - Gesellschaftsform
 - Qualitätssicherungsvorgaben
 - IT-Struktur etc.
- Zusätzlicher Finanzbedarf?
 - Nachvergütung?
 - Strukturfonds, § 105 Abs. 1a SGB V : 

Honorarverteilung, § 87b SGB V

6. Angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen je Zeiteinheit

- Fortführung der Zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen in Bezug auf antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnittes 35.2 EBM von Psychotherapeuten, Fachärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzten
- Möglichkeit der Einbeziehung auch der nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen in die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen

Honorarverteilung, § 87b SGB V

- Übergangsregelung nach § 87b Abs. 1 Satz 3 SGB V:
 - Fortgeltung der Bestimmungen zur Zuweisung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
 - Fortgeltung des RLV 4/11
 - Neuberechnung des RLV
 - Rückwirkende Änderung durch HVM (Vorbehalt erforderlich)
 - Berücksichtigung von zum 01.01.2012 angeführten EBM-Leistungen aufgrund der Rückwirkungsfiktion von Teil A Ziffer 6 der Vorgaben der KBV nach § 87 b Abs. 4 SGB V vom 25.12.2011 in Bezug auf die vorangegangenen Beschlüsse des Bewertungsausschusses

Honorarverteilung, § 87b SGB V

- HVM ist nicht schiedsfähig
- Mithaftung der Krankenkassen entfällt
- Widerspruch und Klage gegen Honorarfestsetzung haben keine aufschiebende Wirkung
- § 87b Abs. 3:
 - Möglichkeit der Aussetzung von Fallzahl zu Zuwachsbegrenzungen in unterversorgten Gebieten

Vergütung, § 87a SGB V

- Wegfall der Orientierungspunktwerte für Über- und Unterversorgung
- Weitergehende Möglichkeiten regionaler Punktwertzuschläge, insbesondere bei Unterversorgung, für besonders förderungswürdige Leistungen sowie für Leistungen von besonders zu fördernden Leistungserbringern
 - Wegfall bundeseinheitlicher Indikatoren
- Hinsichtlich der Anpassung des Behandlungsbedarfs als Grundlage der Gesamtvergütung erlässt der Bewertungsausschuss nur noch „Empfehlungen“ in Bezug auf die Morbiditätsstruktur der Versicherten
- 2012:
 - Beschränkung des Anstiegs des Behandlungsbedarfs auf 1,25 % (GKV-FinG)
 - Anstieg ausschließlich anhand der Zahl der Versicherten und der neuen Leistungen

Versicherten-, Grund- und Zusatzpauschalen

- Pauschalen als Soll-Bestimmung
- Erstreckung der Möglichkeit von Leistungskomplexen oder Einzelleistungen für besonders zu fördernde oder telemedizinisch erbrachte Leistungen
- Seltene mit geringem Aufwand verbundene Leistungen sind von den Pauschalen abgegolten
- Differenzierung zwischen Erst-Behandlungen sowie laufender Behandlung sowie nach Schweregrad der Erkrankung

Spezielle Vergütungsregelungen

- Pflicht des Bewertungsausschusses zur Überprüfung für ärztliche Leistungen im Zusammenhang mit Intraocularlinsen nach § 33 Abs. 9 SGB V, § 87 Abs. 2 Satz 2 SGB V
- Prüfungspflicht hinsichtlich der Möglichkeit der Erbringung telemedizinischer Leistungen und ggf. Anpassung des EBM, § 87 Abs. 2a Satz 7 SGB V
- Berücksichtigung des Aufwandes, der mit der Behandlung von Versicherten, die einer Pflegestufe zugeordnet sind oder Eingliederungshilfe erhalten, im zahnärztlichen EBM, § 87 Abs. 2i SGB V
- Beschluss des EBM mit „tragenden Gründen“, § 87 Abs. 6 Satz 9 SGB V



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!