

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

KBV-Statistik

Abrechnungsergebnisse der Radiologen in den KVen – Quartal 2/2011

Viele Leser des „Radiologen WirtschaftsForum“ sind an Abrechnungsergebnissen ihrer Fachkollegen interessiert. In der Vergangenheit haben jedoch nur wenige KVen derartige Statistiken veröffentlicht. Mit dem Versorgungsstrukturgesetz hat der Gesetzgeber nun die KBV verpflichtet, für jedes Quartal sowie für jede KV einen Bericht unter anderem über die Ergebnisse der Honorarverteilung, Fallzahlen und das Honorar je Arzt zu informieren. Die KBV hat jetzt die Ergebnisse des ersten Halbjahres 2011 veröffentlicht.

| Eckdaten der Radiologen für das Quartal 2/2011 | | | | |
|--|--------------------------|---------------|-----------------|----------------------|
| KV | KV-Umsatz je Arzt (Euro) | Fälle je Arzt | Fallwert (Euro) | Auszahlungsquote (%) |
| Baden-Württemberg | 102.553 | 1.114 | 92,06 | 90,4 |
| Bayern | 100.983 | 1.278 | 79,02 | 87,3 |
| Berlin | 64.219 | 975 | 65,89 | 83,5 |
| Brandenburg | 74.988 | 1.406 | 53,33 | 87,4 |
| Bremen | 85.758 | 847 | 101,29 | 89,8 |
| Hamburg | 112.936 | 1.666 | 67,78 | 78,3 |
| Hessen | 91.040 | 1.260 | 72,25 | 81,4 |
| Mecklenburg-Vorpommern | 104.922 | 2.058 | 50,97 | 91,1 |
| Niedersachsen | 97.454 | 1.267 | 76,89 | 79,0 |
| Nordrhein | 73.942 | 974 | 75,88 | 86,0 |
| Rheinland-Pfalz | 97.023 | 1.141 | 85,02 | 89,8 |
| Saarland | 89.945 | 1.050 | 85,65 | 88,7 |
| Sachsen | 99.447 | 1.449 | 68,61 | 85,9 |
| Sachsen-Anhalt | 89.073 | 1.920 | 46,39 | 85,7 |
| Schleswig-Holstein | 85.513 | 1.207 | 70,88 | 94,1 |
| Thüringen | 89.249 | 1.533 | 58,23 | 76,8 |
| Westfalen-Lippe | 114.706 | 1.278 | 89,72 | 75,9 |
| alle KVen | 93.165 | 1.262 | 73,81 | 85,0 |

Quelle: Abrechnungsstatistik der KBV; Praxen mit zugelassenen Ärzten

Ziel der Veröffentlichungspflicht

Mit der Verpflichtung zur Veröffentlichung der Abrechnungsergebnisse soll eine Transparenz der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen in allen Fachbereichen hergestellt werden. So sollen Vergleiche gezogen und Entwicklungen aufgezeigt werden.

Eckdaten der Radiologen

Aus den nunmehr erstmals veröffentlichten Statistiken der KBV werden in der nebenstehenden Tabelle die wesentlichen Eckdaten für Radiologen für das Quartal 2/2011 dokumentiert.

Den vollständigen Bericht mit weiteren Details, auch zu früheren Quartalen, finden Sie auf der Webseite der KBV unter www.kbv.de/publikationen/41532.html.

Inhalt

Regelleistungsvolumen

Wachstum von Altpraxen: Aufbauarbeit muss sich sofort lohnen

Arztrecht

Bereitschaftsdienst-Pflicht trifft auch Radiologen

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Beratung vor Regress: Neuregelung bereits für laufende Verfahren

Leserforum EBM

Abrechnung telefonischer Inanspruchnahmen in Folgequartalen

Regelleistungsvolumen

Wachstum von Altpraxen: Aufbauarbeit muss sich sofort lohnen

von RA Dr. Thomas Willaschek, Dierks + Bohle Rechtsanwälte, www.db-law.de

Weitet eine Praxis ihre Patientenzahlen aus, wirkt sich diese Anstrengung aufgrund der Regelleistungsvolumina (RLV) nicht schon im aktuellen Quartal, sondern erst ein Jahr später bei der Bildung der neuen RLV aus. Ausnahmen finden sich in den Honorarverteilungsregeln zumeist nur für neu niedergelassene Ärzte. Doch gerade für unterdurchschnittlich abrechnende Alt-Praxen ist das Jahr bis zur RLV-Erhöhung oft eine Durststrecke. Das Hessische Landesozialgericht (LSG) verlangt in einer aktuellen Entscheidung Erleichterung für solche Alt-Praxen (Urteil vom 22.2.2012, Az: L 4 KA 6/11).

Der Fall: Praxiswachstum fast ohne Honorarzuwachs

Die klagende radiologische Gemeinschaftspraxis war 2004 gegründet worden und bestand seit dem Quartal I/2008 in unveränderter personeller Zusammensetzung. Sie wandte sich gegen die RLV-Zuweisung für das Quartal III/2009. Die KV Hessen hatte der Praxis auf Basis des Quartals III/2008 und der dort zur Abrechnung gebrachten knapp 100 Behandlungsfälle ein RLV von knapp 6.000 Euro zugewiesen. Tatsächlich aber rechnete die Praxis im Quartal III/2009 für 371 Behandlungsfälle ein Honorarvolumen von über 40.000 Euro ab. Dafür erhielt sie jedoch nur eine Vergütung von insgesamt gut 9.000 Euro.

Im Widerspruchsverfahren verwies die KV auf die Regelung im Honorarverteilungsvertrag (HVV), welche weitgehend wortgleich die Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses wiedergab: Das RLV einer Praxis ergab sich demzufolge aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwerts und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal.

Sowohl im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses

als auch im HVV fehlte eine Regelung, die unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen ein darüber hinausgehendes Wachstum bis zum Fachgruppendurchschnitt ermöglichte. Praxen, die im Vorjahresquartal bereits zugelassen waren, konnten im Bereich der KV Hessen daher nur die seinerzeit abgerechnete Fallzahl erhalten – unabhängig davon, ob und in welchem Umfang diese unter der durchschnittlichen Fallzahl lag. Folglich war eine Steigerung des RLV im Folgejahr nur dann möglich, wenn im aktuellen Quartal die Fallzahl im Vergleich zum Vorjahresquartal über das zugewiesene RLV hinaus gesteigert und damit in Kauf genommen wurde, dass diese Leistungen nur zu einem Bruchteil honoriert wurden.

Die Entscheidung: Keine unbezahlte Vorarbeit

Das Sozialgericht in der Vorinstanz wie auch das LSG in der Berufungsinstanz hielten das Verfahren der KV Hessen für rechtswidrig. Der Vertragsarzt bzw. die Gemeinschaftspraxis seien gezwungen, zunächst Leistungen nahezu vergütungslos zu erbringen, um im Folgejahr die Vergütung steigern zu können. Je geringer die RLV-relevante Fallzahl dabei sei, umso höher sei die Summe der Leistungen, die bis zum Erreichen der Fallzahl des Fachgrup-

pendurchschnitts ohne nennenswerte Vergütung erbracht werden müsse.

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) reiche es aber nicht aus, dass es dem einzelnen Vertragsarzt mit unterdurchschnittlichem Umsatz „überhaupt“ ermöglicht werde, den durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe zu erreichen. Erforderlich sei vielmehr eine „effektive“ Möglichkeit zum Erreichen des Durchschnittsumsatzes, die nicht kontinuierlich sein müsse. „Nicht effektiv“ in diesem Sinne sei es, wenn die Steigerungsmöglichkeit nahezu ohne tatsächliche gezahlte Vergütungen vonstattengehe. Den Praxen sei vielmehr eine „honorarbegrenzungsfreie“ Fallzahlsteigerung bis zum Fachgruppendurchschnitt innerhalb von fünf Jahren zu ermöglichen.

Die Argumentation der KV, sie sei an Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses gebunden und habe diese vollständig im Honorarverteilungsvertrag umgesetzt, überzeugte das Gericht nicht. Alle Regelungen seien an den rechtlichen Vorgaben und an der BSG-Rechtsprechung zu messen.

In der Konsequenz musste der HVV der KV Hessen im Jahr 2009 um eine Regelung ergänzt werden, die es unterdurchschnittlich abrechnenden (Alt-)Praxen ermöglichte, die Honorare innerhalb von fünf Jahren begrenzungsfrei auf den Fachgruppendurchschnitt zu steigern. Innerhalb ihres Gestaltungsspielraums haben die Vertragspartner – damals KV und Krankenkassenverbände – die Rechtsauffassung des LSG zu berücksichtigen. Dieses gibt zu bedenken, dass Honorarbegrenzungen durch praxisbezogene RLV umso weniger zu rechtfertigen sind, je

deutlicher der konkrete Praxisumsatz von dem durchschnittlichen Praxisumsatz der Fachgruppe abweicht.

Nach Auffassung des Gerichts liegt nahe, zugunsten von Vertragsärzten und Praxen, die lediglich einen geringen Prozentsatz des Durchschnittsumsatzes der Fachgruppe erreichen, gänzlich auf Honorarbegrenzungsregelungen zu verzichten. Es bietet sich als „erforderliche Minimalregelung“ an, die Fallzahlen des jeweiligen Vorjahresquartals bei der Errechnung des RLV angemessen aufzustocken, um das Anwachsen der Praxisumsätze innerhalb von fünf Jahren auf den Fachgruppendurchschnitt zu ermöglichen.

Urteil stärkt Rechtsposition von Altpraxen

Die Rechtsprechung des LSG Hessen bezieht sich zwar konkret auf RLV im Jahr 2009, lässt sich jedoch in ihren Grundsätzen problemlos auch auf andere Honorarverteilungsregelungen übertragen. Interessant ist sie vor allem deshalb, weil sie die BSG-Rechtsprechung zur Wachstumsmöglichkeiten von sogenannten „Altpraxen“ konkretisiert: Im Ergebnis soll jede unterdurchschnittlich abrechnende Praxis den Fachgruppendurchschnitt binnen fünf Jahren ohne unbezahlte Vorarbeit erreichen können.

Praxishinweis: Unterdurchschnittlich abrechnende Praxen mit Wachstumswillen und -potenzial, deren Vergütung durch Budgetierung beschnitten wird, sollten gegen die RLV-Zuweisung Widerspruch einlegen. Im Rahmen des Widerspruchsverfahrens bzw. in einem gesonderten Antragsverfahren sollte unter Hinweis auf die LSG-Rechtsprechung eine Aufstockung der jeweiligen Budgetierung beantragt werden.

Arztrecht

Bereitschaftsdienst-Pflicht trifft auch Radiologen

von RA Dr. Stefan Droste, Kanzlei am Ärztehaus, Münster,
www.kanzlei-am-aerztehaus.de

Der Antrag eines niedergelassenen Radiologen auf Befreiung vom vertragsärztlichen Bereitschaftsdienst wurde von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zu Recht abgelehnt. Zu diesem Urteil kam das Sächsische Landessozialgericht (LSG) am 14. Dezember 2011 (Az: L 1 KA 25/10) und bestätigte das entsprechende Urteil der Vorinstanz (Sozialgericht Dresden).

Der Fall

Der in einem Medizinischen Versorgungszentrum eines Krankenhauses angestellte Radiologe hatte seinen Befreiungsantrag unter anderem damit begründet, dass er durch seine Teilnahme am radiologischen Rufbereitschaftsdienst der Klinik die Notfallversorgung abdecke. Zudem gab er zu bedenken, dass eine allgemeinärztliche Tätigkeit nicht zu seinem Fachgebiet gehöre. Die KV lehnte die Befreiung ab und verwies darauf, dass die radiologische Tätigkeit nicht zu den Befreiungstatbeständen in der Dienstordnung gehöre.

Die Entscheidung

Das gerichtliche Vorgehen des Radiologen hiergegen blieb ohne Erfolg. Das LSG führte aus, die Verpflichtung zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst bestehe als immanenter Teil der vertragsärztlichen Pflichten unabhängig von einer radiologischen Rufbereitschaft. Schließlich bestätigten die Richter die gängige Spruchpraxis und betonten, dass es sich bei der Sicherstellung eines ausreichenden Bereitschaftsdienstes um eine gemeinsame Aufgabe der Vertragsärzte handle, die nur dann erfüllt werde, wenn alle zugelassenen Ärzte unabhängig von der Fachgruppenzugehörigkeit gleichermaßen dazu herangezogen würden.

Gibt es Ausnahmen von der Bereitschaftsdienst-Pflicht?

Ob eine Befreiung vom Bereitschafts- oder Notfalldienst infrage kommt, ist von der meist durch KV und Ärztekammer gemeinsam erlassenen Bereitschafts- bzw. Notfalldienstordnung des jeweiligen Bezirks abhängig, in dem ein Arzt tätig ist. Hierbei sind regionale Abweichungen zu beachten.

So sehen die Regelungen in Westfalen-Lippe, Nordrhein und Hessen zum Beispiel eine Befreiung für über 65-jährige Ärzte vor (vgl. § 2 Abs. 1 NDO-Nordrhein; § 11 Abs. 3 NDO-Westfalen-Lippe; § 3 Abs. 3 NDO-Hessen). Die Vorschriften in Baden-Württemberg hingegen lassen eine Befreiung nur dann zu, wenn der Arzt aus gesundheitlichen oder vergleichbar schwerwiegenden Gründen an der persönlichen Notfalldienst-Teilnahme gehindert ist und ihm die Bestellung eines Vertreters wirtschaftlich nicht zugemutet werden kann (vgl. § 6 Abs. 3 NDO-Baden-Württemberg).

Fazit

Zur Beantwortung der Frage, ob eine Bereitschafts- bzw. Notfalldienstbefreiung möglich ist, kann aufgrund der lokal unterschiedlichen Besonderheiten die Einholung rechtskundigen Rats nützlich sein. Die Zugehörigkeit zu einer Fach-

gruppe, die mit der allgemeinärztlichen Tätigkeit allenfalls noch am Rande befasst ist, ist nach wiederholter bestätigter Rechtsprechung jedenfalls kein Argument.

Wirtschaftlichkeitsprüfung

Beratung vor Regress: Neuregelung bereits für laufende Verfahren

Durch das neue GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurde zum 1. Januar 2012 auch § 106 SGB V, der unter anderem die Richtgrößenprüfungen regelt, geändert. Es wurde eine verbindliche Regelung zum Grundsatz „Beratung vor Regress“ verankert. Jetzt hat der Bundestag beschlossen, dass dieser Grundsatz rückwirkend auf alle Prüfverfahren angewendet werden soll, die zum 1. Januar 2012 noch nicht abgeschlossen waren. § 106 Abs. 5e soll entsprechend geändert werden. Der Bundesrat muss der Änderung allerdings noch zustimmen.

Kommt es so, so bedeutet dies: Betroffen sind alle Prüfverfahren, die zum 1. Januar 2012 noch nicht durch die Festsetzung eines Erstattungsbetrags durch die Prüfungsstelle oder durch eine Entscheidung des Beschwerdeausschusses abgeschlossen sind. Vor dem Beschluss des Bundestages sollte es allein maßgeblich sein, ob zum 1. Januar 2012 ein Beschluss der Prüfungsstelle vorlag. Jetzt wurden durch die beschlossene Gesetzesänderung auch Verfahren einbezogen, bei denen ein solcher Beschluss zwar vorlag, das Verfahren durch einen Widerspruch des Vertragsarztes aber zum 1. Januar 2012 noch beim Beschwerdeausschuss anhängig war.

Leserforum EBM

Telefonische Inanspruchnahmen in Folgequartalen

Frage: „In unserer Praxis rufen immer wieder Patienten in dem einer Untersuchung folgenden Quartal an, ohne dass es zu einem persönlichen Patientenkontakt kommt, sodass die Krankenversichertenkarte nicht eingelesen werden kann. Bislang haben wir in diesen Fällen für die Abrechnung einen Behandlungsausweis im sogenannten Ersatzverfahren ausgestellt. Nach Mitteilung unserer KV ist das aber nicht mehr möglich. Stimmt das? Und wie sollen wir vorgehen?“

Dazu unsere Antwort

Die KV hat Recht. Vielen Ärzten ist entgangen, dass nach Streichung des § 20 BMV zum 1. Januar 2011 ein solches Vorgehen nicht mehr zulässig ist. Die Regelungen zum Ersatzverfahren finden sich jetzt in der Anlage 4a zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte. Dort ist festgelegt, wann ein Behandlungsausweis im Ersatzverfahren erstellt werden kann. Telefonische Inanspruchnahmen ohne Vorlage bzw. Einlesen einer Versichertenkarte sind dabei nicht genannt.

Folgerung: Patienten, die die Praxis im Quartal nur telefonisch konsultieren, sollten aufgefordert werden, die Versichertenkarte in der Praxis zum Einlesen vorbeizubringen oder bringen zu lassen. Das Einlesen der Versichertenkarte ist wichtig, da ansonsten Fälle verschenkt werden, die bei allen fallzahlabhängigen Regelungen einbezogen werden (Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise usw.). Kommt der Patient dieser Aufforde-

rung nicht nach, ist die telefonische Konsultation privat liquidierbar. Allerdings kommt eine solche Maßnahme beim Patienten in der Regel gar nicht gut an. Inwieweit man weiter insistiert, muss letztlich jeder selbst entscheiden.

Für die Abrechnung gilt: Ruft ein Patient in einem Folgequartal ohne persönlichen Kontakt an, kann für die telefonische Konsultation durch den Arzt dann die Haus-/ Fachärztliche Bereitschaftspauschale Nr. 01435 abgerechnet werden. Erfolgt die telefonische Mitteilung durch Praxismitarbeiter – etwa bei Weitergabe von Befunden oder Anordnungen des Arztes –, fällt hierfür der Verwaltungskomplex nach Nr. 01430 an.

Aber: Kommt der Patient im Laufe des Quartals in die Praxis mit Berechnung einer Konsiliarpauschale, entfällt die Nr. 01430 bzw. die Nr. 01435. Anders in einer Gemeinschaftspraxis: Berechnet Arzt A eine Konsiliarpauschale und wird Arzt B telefonisch konsultiert, kann Arzt B die Nr. 01435 abrechnen bzw. die Nr. 01430, wenn das Telefonat mit Mitarbeitern erfolgte.



Impressum

Herausgeber: Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: info@guerbet.de

Verlag: IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

Redaktion: Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

Lieferung: Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der
Guerbet GmbH

Hinweis: Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.