

Paluka
Sobola



Partner
Rechtsanwälte

Newsletter Medizinrecht

Honorarreform der Vertragsärzte zum 01.01.2009

Dezember 2008

Paluka Sobola & Partner

Neupfarrplatz 10
93047 Regensburg

Tel. 0941 58 57 1-0
Fax 0941 58 57 1-14

info@paluka.de
www.paluka.de

INHALT:

Einführung	Seite	3
Vorgaben des Gesetzgebers.....	Seite	5
Vergütung der Ärzte – Grundstruktur	Seite	6
Vergütung der Ärzte – Berechnung im einzelnen	Seite	7
Praxisbesonderheiten	Seite	9
Fazit - Handlungsempfehlungen	Seite	10

Anmerkung:

Unsere Newsletter stehen auch zum Download auf unserer Homepage www.paluka.de unter der Rubrik „Aktuelles“ bereit.

Einführung

Mit Schiedsspruch endeten die Verhandlungen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns (KVB) und den Landesverbänden der Krankenkassen. Im Ergebnis wird es ab dem 01.01.2009 über die Bundesvorgaben hinaus keine Sondervereinbarungen mehr für die Bayerischen Ärzte geben. Auch die qualitätssichernden Strukturverträge in ihrer bisherigen Form enden mit Wirkung zum 31.12.2008, nur noch wenige regionale Vereinbarungen werden auch in 2009 weiterlaufen, wobei im übrigen selbstverständlich noch Verhandlungen mit den Kassen angestrengt werden.

Die wichtigste und sicherlich einschneidendste Veränderung besteht im Ablösen des sog. floatenden Punktwertes für ärztliche Leistungen durch den bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von Euro 3,5001 Cent. Daneben wird die zweite wichtige Säule des Honorarsystems – neben dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) – die Regelleistungsvolumina (RLV) sein, über die letztendlich die Mengensteuerung erfolgen wird.

Mit unserem Newsletter möchten wir Ihnen die wesentlichen Regelungen der Honorarreform für Vertragsärzte vorstellen und Handlungsempfehlungen dazu abgeben.

Regensburg im Dezember 2008

Andrea Pfundstein
Rechtsanwältin und
Fachanwältin für Arbeitsrecht



Vorgaben des Gesetzgebers

Zum 1. Januar 2009 ändert sich die Systematik der vertragsärztlichen Vergütung grundlegend. Die Kopfpauschalen werden durch eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung abgelöst, deren Höhe sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten erhält. Jeder Arzt erhält pro Quartal ein sogenanntes Regelleistungsvolumen (RLV) in Euro.

Die Vergütungsreform wurde mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz von 2007 beschlossen. Alle zentralen Vorgaben zum neuen Vergütungssystem für ärztliche Leistungen werden auf Bundesebene im dafür zuständigen Bundesgremium, dem Bewertungsausschuss, getroffen. Die regionale Ebene hat diese Vorgaben nach Maßgabe der §§ 87 a und 87 b Sozialgesetzbuch Krankenversicherung (SGB V) zwingend umzusetzen. Insbesondere wurden im Bewertungsausschuss die Rahmenvorgaben für die neu geschaffene Euro-Gebührenordnung für vertragsärztliche Leistungen erarbeitet. Dies bedeutet zum einen die – bereits nach bisherigem Recht erfolgende – Festlegung der sog. Bewertungsrelationen für die vertragsärztlichen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM. Zum anderen aber die mit diesen gesetzlichen Regelungen neu eingeführte Festlegung bundesweiter Orientierungswerte in Euro für die vertragsärztlichen Leistungen bundesweit und kassenartenübergreifend zu zahlenden Punktwert. Bei Überschreitung des RLV kommt es zur sog. Abstufung, somit verminderten Vergütung der ärztlichen Tätigkeit. Im Gegensatz zur Regelung im GKV-Modernisierungsgesetz wird die Höhe dieser Abstufung nicht mehr gesetzlich vorgegeben, sondern die Höhe der Abstufung ist vom Bewertungsausschuss zu bestimmen. Die vom Bewertungsausschuss festgesetzte Abstufungsregelung muss dabei aber insgesamt dazu geeignet sein, eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes zu verhindern

Die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen als Vertragsparteien in den Ländern vereinbaren dann aus dem neuen EBM sowie den bundesweiten Orientierungswerten in Euro die regional geltenden Punktwerte für das Folgejahr (zumindest ist dies so angedacht, endete schon jetzt allerdings in dem bekannten Schiedsspruch) und bilden aus den Punktwerten eine regionale Gebührenordnung in Euro, ergänzt um die Sonderpreise für Gebiete mit Unter- und Überversorgung. Die KVen und Krankenkassen haben die Bundesvorgaben in ihren regionalen Euro-Gebührenordnungen zwingend umzusetzen, jeweils bis zum 31.10. eines jeden Jahres.

Vergütung der Ärzte - Grundstruktur

Ab 01.01.2009 gibt es also einen Euro-EBM: Hinter den einzelnen ärztlichen Leistungen stehen dann Euro-Beträge. Die Preise ergeben sich dabei aus der Punktmenge, mit der die jeweilige Leistung bewertet ist, multipliziert mit dem Orientierungspunktwert. Der Bewertungsausschuss hat diesen Orientierungspunktwert für 2009 mit 3,5001 Cent festgelegt. Dieser Punktwert ist für alle Fachgruppen und alle Kassenarbeiten bundesweit einheitlich und ist Basis der Vergütung aller ärztlicher Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV). Überschreitet der Arzt sein RLV, so wird er in der Regel mit abgestaffelten Preisen vergütet.

Theoretisch hätten die KVen aufgrund regionaler Versorgungsbesonderheiten davon geringfügig abweichen können, tatsächlich trifft dies jedenfalls in 2009 im Hinblick auf den Schiedsspruch und dessen Wirkung nicht ein.

Der Orientierungspunktwert gilt grundsätzlich auch für die sog. freien Leistungen, die also dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen. Dazu gehören u.a. ambulante Operationen, Laboruntersuchungen und Präventionsleistungen. Leistungen, die bislang mit einem höheren Punktwert vergütet wurden, hat der Bewertungsausschuss mit einer höheren Punktzahl bewertet, um eine Honorarabsenkung zu verhindern.

Die Gesamtvergütung bildet sich künftig aus drei Teilen:

- + Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- + Einzelleistungen der Krankenkassen außerhalb RLV
- + nicht vorhersehbarer Anstieg morbiditätsbedingten Behandlungsbedarf

Die Gesamtvergütung richtet sich somit nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse – daraus werden die meisten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bezahlt – zuzüglich der Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zuzüglich des absoluten Ausnahmefalles eines nicht vorhersehbaren Bedarfsanstieges, wie es u.a. bei Katastrophensituationen der Fall ist, soweit mindestens 2 % der Gesamtbevölkerung davon betroffen sind.

Die bisherige Art der Honorarverteilung und – begrenzungen nach HVV wird somit von den RLV abgelöst.

Vergütung der Ärzte - Berechnung im einzelnen

Regelleistungsvolumen

Die Individualbudgets werden durch die RLV abgelöst. Aktuell versenden die KVen an die Ärzte Informationen zur Höhe ihres Regelleistungsvolumens im ersten Quartal 2009 auf Basis des Quartals des Vorjahres, somit 1/2008. Künftig sollen diese Bescheide für jedes Quartal, jeweils einen Monat vor Beginn desselben, erfolgen.

Die Berechnung des RLV hat der Erweiterte Bewertungsausschuss in einer auf den ersten Blick sehr einfachen Formel festgelegt:

Fallzahl des Vertragsarztes
x durchschnittlicher Fallwert der Arztgruppe (gesteigert um den
arztgruppenspezifischen EBM-2008-Zuwachs)
x Gewichtungsfaktor Alter

= RLV des Vertragsarztes

Die **Fallzahl** orientiert sich an einem vom Bewertungsausschuss per Beschluss vom 27.08. und 28.08.08 vorgegebenen Begriff: Dies ist die Zahl der kurativ-ambulantem Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1 b Satz 1 und Abs. 2 Bundesmantelvertrag-Ärzte bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1 b Satz 1 und Abs. 2 Ersatzkassenvertrag, d.h. ohne Fälle im organisierten Notdienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen abgerechnet werden, die (.....) nicht dem RLV unterliegen.

Der **Fallwert** wird arztgruppenspezifisch mit Schwerpunkten ermittelt, z.B. Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie oder Fachärzte für Nuklearmedizin mit bzw. ohne Vorhaltung von Großgeräten (CT und/oder MRT). Der Fallwert ergibt sich aus dem Vergütungsvolumen, das für die Regelleistungsvolumina der jeweiligen Arztgruppe innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht geteilt durch die Fallzahl der Arztgruppe. Dabei berücksichtigt dieser Fallwert nur die Leistungen, die innerhalb des RLV erbracht werden und gerade nicht alle erbrachten Leistungen, die dem früheren Fallwert entsprachen.

Der **Gewichtungsfaktor Alter** bezieht das Alter und den darauf folgenden unterschiedlichen Behandlungsaufwand der behandelten Patienten in die Ermittlung des RLV ein. Es erfolgt eine Unterteilung in Altersklassen

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

Das RLV kann sich somit entsprechend erhöhen oder abgesenkt werden, wenn ein hoher oder ein sehr geringer Anteil an Patienten aus den vorgenannten Altersklassen kommt.

Wie dargelegt kann es auch zur **Abstaffelung** kommen. Die vom Bewertungsausschuss vorgegebene Abstaffelungsregelung bei der Berechnung des RLV bedeutet, dass Fälle, die mehr als 50 Prozent über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, nur eingeschränkt berücksichtigt werden. Dies bedeutet im einzelnen:

- Fallzahlen bis 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
= 100 % des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
- Fallzahlen von 150 bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
= 75 % des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
- Fallzahlen von 170 bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
= 50 % des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes
- Fallzahlen über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe
= 25 % des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

Vergütung der RLV-Leistungen mit festen Preisen

Bis zur Höhe des so ermittelten RLV erfolgt die Vergütung somit nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung, in 2009 also dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent. Künftige Regionale Euro-Gebührenordnungen können geringfügig davon abweichen.

Übersteigt somit – gesehen auf das 1. Quartal 2009 – die individuelle Fallzahl aus dem Vorjahresquartal 1/2008 nur um bis zu 50 % die Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe, erfolgt keine Kürzung. Leistungen, die das individuelle RLV darüber hinaus übersteigen, werden nach oben genannten Abstaffelungsregelungen vergütet.

RLV-Besonderheiten für Gemeinschaftspraxen, MVZ u.a.

Bei Zusammenarbeit von Ärzten in einer Gemeinschaftspraxis (Berufsausübungsgemeinschaft) oder einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) wird das RLV aus einer Addition der einzelnen RLV je Arzt berechnet. Dies bedeutet in zweierlei Hinsicht einen deutlichen Vorteil:

- Im Rahmen einer fachübergreifenden Behandlung darf jeder Arzt aus einer der beteiligten Fachgruppen auch weiterhin die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale in voller Höhe abrechnen.
- Die Ärzte können ihre RLV untereinander verrechnen. Erbringt somit ein Arzt weniger Leistungen, als es sein RLV zulässt, so kann ein anderer Kollege der Praxis ein Mehr an ärztlicher Leistung erbringen, ohne dass er mit einer Abstufung seines Honorars rechnen muss – zumindest bis zur Höhe des RLV für die gesamte Praxis.

Aber auch für fachgleiche Gemeinschaftspraxen und Praxen mit angestellten Ärzten (nicht jedoch bei Job-Sharing!) derselben Arztgruppe und/oder desselben Schwerpunktes gibt es eine Besonderheit.

- Ab Januar 2009 können Zuschläge in Höhe von 10 % zur jeweiligen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale abgerechnet werden.
- Auf die RLV in fachgleichen Gemeinschaftspraxen wird ein Aufschlag von 10 % gewährt.

Zu beachten ist, dass diese Regelung vorerst nur bis zum 30.06.2009 gilt.

Durch die Erweiterung der Kooperationsmöglichkeiten im Rahmen des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes kommt es bei Veränderungen der Zusammenarbeit zu abweichenden Regelungen, wobei Ausgangsbasis bei der ersten Zuweisung stets die Fallzahl des Quartals 1/2008 je Arzt sein wird. Dies sollte bei gesellschaftsrechtlichen Veränderungen berücksichtigt und im Vorfeld geprüft werden. Gleiches gilt bei Praxisübernahme.

Vergütung von Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens

Wenngleich ein wesentlicher Teil des ärztlichen Einkommens somit aus dem arztindividuellen Regelleistungsvolumen resultiert, kann der Arzt zusätzliche Vergütung aus einer Reihe von sog. freien Leistungen erhalten, die außerhalb der Gesamtvergütung und außerhalb des RLV vergütet werden, und damit auch keiner Mengenabstufung unterliegen.

Dies sind u.a. kurativ-stationäre (belegärztliche) Leistungen, Vakuumbiopsien und Leistungen der künstlichen Befruchtung.

Im Hausärztlichen Versorgungsbereich unterliegen dieser Sonderregelung u.a. Leistungen im organisierten Notfalldienst, schwerpunktorientierte Kinder- und Jugendmedizin, Schmerztherapie zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, Akupunktur und Kostenpauschalen nach Kapitel 40/EBM.

Im Fachärztlichen Versorgungsbereich sind erwähnenswert u.a. die ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, gastroenterologische Leistungen, Leistungen der Empfängnisregelung und Sterilisation, Leistungen der Duplexsonographie soweit diese von Fachärztlichen Internisten mit Schwerpunkt Angiologie und/oder Endokrinologie erbracht werden.

Praxisbesonderheiten

Wie so oft gibt es eine Ausnahme von der Regel: Der Bewertungsausschuss in Berlin hat festgelegt, dass im Fall von "Praxisbesonderheiten" eine andere Regelung gelten soll. Praxisbesonderheiten sollen sich ergeben

- aus einem besonderen Versorgungsauftrag
- oder aus einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung
- und nur dann wenn zusätzlich eine aus eben diesen Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt.

In den regionalen Verträgen zwischen den einzelnen KV's und den Kassen sollen nähere Einzelheiten geregelt werden. Es bleibt also die Unsicherheit, ob in dem einen oder anderen Fall Praxisbesonderheiten anerkannt werden.

Fazit - Handlungsempfehlungen

Mit der Reform der vertragsärztlichen Vergütung wird weitgehend Neuland betreten. Eine „Reform der Reform“ ist keineswegs ausgeschlossen.

Zur Vermeidung der Bestandskraft der erstmals im Bescheid für das Quartal 1/2009 niedergelegten Werte – Fallzahlen und Fallwerte - steht der Weg zum Widerspruchsverfahren offen. Die Frist hierfür beträgt einen Monat nach Bekanntgabe des Quartal-Honorarbescheides.

Zusätzlich besteht die Möglichkeit, Antrag auf Anpassung der dem RLV zugrunde liegenden eigenen Fallzahlen zu stellen. Dabei muss nachgewiesen werden, dass eine Fallzahlsteigerung vorliegt, die den durchschnittlichen Fallzahlenanstieg der Arztfachgruppe übersteigt, z.B. durch Praxisaufgabe in der näheren Umgebung oder weil im Vorjahr die Praxis noch im Aufbau war und dadurch aus dem maßgeblichen Quartalsvorjahr erheblich geringere Fallzahlen resultieren.

Daneben können auch die zuvor geschilderten Praxisbesonderheiten im Antragswege geltend gemacht werden.

Auch für diese beiden Antragswege gilt die einmonatige Frist ab Bekanntgabe des Quartal-Honorarbescheides. Eine rückwirkende Antragstellung ist ausgeschlossen. **Da die Anpassungsanträge bereits jetzt, ab Zuweisung der RLV gestellt werden können, empfiehlt es sich daher, davon schon jetzt Gebrauch zu machen.**

Ferner kann – ebenso innerhalb eines Monats ab Bekanntgabe des maßgeblichen Quartal-Honorarbescheides – ein Antrag auf Honorarausgleich gestellt (und begründet!) werden. Dabei ist nachzuweisen,

- dass ein Honorarrückgang von mehr als 15 % im Vergleich zum Vorjahresquartal vorliegt
- und dass dies mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik durch RLV
- oder damit zusammenhängt, dass bis zum 4.Quartal 2008 vereinbarte Einzelleistungsvergütungen oder Kostenerstattungen entfallen sind.

Da davon auszugehen ist, dass ein Vielzahl von Ärzten und Praxen erhebliche Honorarrückgänge zu verzeichnen haben werden, enthält der Wortlaut der maßgeblichen Regelung auch den Hinweis, dass „ **im Einzelfall** auf Antrag eine Ausgleichszahlung geleistet werden (**kann**).“

Es bleibt abzuwarten, welche Konsequenz die Reform nach Feststellung der jeweiligen RLV, von Vergütungsansprüchen aus sog. freien Leistungen sowie Sonder-RLV für qualitätsgebundene Leistungen im Hausarzt- und Facharzt-Bereich für die Vergütungssituation der bayerischen Ärzte hat. Der Druck auf die KVen wird jedenfalls für die neuen Verhandlungsrunden mit den Krankenkassen, auch im Hinblick auf die zum 31.12.2008 in der bisherigen Form aufgegebenen Strukturverträge, deutlich steigen.



Paluka
Sobola



Partner
Rechtsanwälte