



Rheinische Fachhochschule Köln

University of Applied Sciences

Institut für Medizin-Ökonomie &
Medizinische Versorgungsforschung

Die Abrechnung medizinischer Leistungen in Medizinischen Versorgungszentren und anderen Formen kooperativer Berufsausübung unter Berücksichtigung der EBM-Reformen

ISBN-Nr.: 978-3-9811139-3-8

Herausgeber:

Schmitz U. (1), Dieck J.(2), Crespin St.(2), Riedel R.(2)

*(1) Dr. Udo Schmitz, MBL, Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht,
c/o Dr. Schmitz Rechtsanwälte, Goethestraße 43, 50858 Köln,
www.medizinrechtsberater.de*

*(2) Institut für Medizin-Ökonomie & Medizinische Versorgungsforschung der Rheinischen
Fachhochschule Köln gGmbH (Dir. Prof. Dr. med. Dipl.-Kfm.(FH) Rainer Riedel)*

Korrespondenzanschrift für die Herausgeber:

Prof. Dr.med. Dipl.-Kfm. (FH) Rainer Riedel
Institut für Medizin-Ökonomie & Medizinische Versorgungsforschung
Rheinische Fachhochschule Köln
Schaevenstr. 1a/b
50676 Köln

Inhaltsverzeichnis

1 Einleitung	1
1.1 Aktuelle Lage	1
1.2 Zielsetzung	2
2 Medizinische Versorgungszentren	3
2.1 Allgemeine Definition	3
2.2 Gründungsvoraussetzungen.....	3
2.2.1 Gründungsberechtigte Leistungserbringer.....	4
2.2.2 Kriterium „Fachübergreifend“	5
2.2.3 Ärztliche Leitung.....	5
2.3 Zulassungsbestimmungen.....	6
3 Kooperationsformen der ärztlichen Berufsausübung.....	11
3.1 Formen der beruflichen Kooperation	11
3.2 Berufsausübungsgemeinschaften	11
3.2.1 Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis	13
3.2.2 Teilberufsausübungsgemeinschaft	14
3.2.3 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft	15
3.2.4 KV- übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft	17
4 Vertragsärztliches Vergütungssystem	18
4.1 Gesamtvergütung	18
4.2 Definition EBM.....	19
4.3 Honorarverteilung am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein.....	20
4.3.1 Honorarverteilung im hausärztlichen Bereich	24
4.3.2 Honorarverteilung im fachärztlichen Bereich	26
4.3.3 Honorarverteilung eines MVZ	28
4.3.4 Individualbudget	29
4.4 Honorarverteilung am Beispiel der KV Westfalen – Lippe	36
4.5 Abrechnung medizinischer Leistungen in kooperativen Versorgungsformen	38
4.5.1 Abrechnungssystematik in örtlichen, überörtlichen und (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften und in Medizinischen Versorgungszentren	41
4.5.2 Abrechnungssystematik in KV-übergreifenden BAG	42

5 Neue Gesundheitsreform 2008/2009.....	44
5.1 EBM 2000 plus	44
5.2 Die Reformen 2008/2009.....	45
5.2.1 EBM 2008.....	46
5.2.2 Durchbruch 2009?.....	49
5.2.2.1 Bundeseinheitliche Orientierungswerte	49
5.2.2.2 Regionale Euro-Gebührenordnung	51
5.2.2.3 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung	52
5.2.2.4 Regelleistungsvolumina	53
5.2.2.5 So funktionieren die Regelleistungsvolumen – ein Beispiel aus dem Bereich der KVNO	68
5.2.2.6 Beispiel eines RLV-Bescheides aus dem Bereich der KVNO.....	77
5.2.3 Zeitplan 2010 - 2012.....	78
6 Schlussbetrachtung	80
Abbildungsverzeichnis.....	83
Abkürzungsverzeichnis.....	84
Literaturverzeichnis.....	86

1 Einleitung

1.1 Aktuelle Lage

Ein Fokus aus dem Jahre 2006:

Die Medien berichten das ganze Jahr über flächendeckende bundesweite Ärztestreiks. Vor dem Brandenburger Tor in Berlin versammeln sich 30.000 Ärzte zu einer Protestkundgebung. Der Präsident der Bundesärztekammer, Prof. Dr. med. J. Hoppe, präsentiert sich in seiner Rede als Wortführer der bundesweiten Ärzteschaft und formuliert die flächendeckende Kritik an Inhalt und Verfahrensweise der aktuellen Gesundheitsreformpolitik. Unerträgliche Arbeitsbedingungen und chronische finanzielle Unterdeckung im stationären wie ambulanten Bereich zwingen die Ärzteschaft sowie adjuvante Berufsgruppen im Gesundheitssystem zum Protest auf die Straße.

Seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes zum 01.01.2004 ist es möglich Medizinische Versorgungszentren (MVZ) zu gründen. Beweggründe, um sich dieser neuen Versorgungsform anzunehmen, sind Synergieeffekte wie beispielsweise die fachübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit, die gemeinsame Anstellung von Personal, die gemeinschaftliche Nutzung von Gerätschaften sowie die zeitbezogene gezielte Nutzung von Infrastrukturen und Praxisräumlichkeiten. Ein wichtiges Privileg der MVZ war zunächst die Anstellungsmöglichkeit von Ärzten, für die ursprünglich die Perspektive gegeben war, nach fünfjähriger Tätigkeit eine eigene Zulassung zu erhalten. Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 01.01.2007 wurden die Regelungen aus dem Jahre 2004 weiterentwickelt und verändert. Weitere neue kooperative Organisationsformen sind in der vertragsärztlichen Versorgung möglich geworden, wie zum Beispiel Zweigpraxen sowie ortsübergreifende und KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (BAG). Im Rahmen der weiteren Verzahnung des ambulanten und stationären Sektors ist es jedem niedergelassenen Arzt nun möglich sowohl in seiner eigenen Praxis als auch in einem Krankenhaus oder in einer BAG zeitgleich tätig zu sein.

Inwieweit diese Neuerungen des Gesetzgebers, die im Rahmen der EBM – Reform 2009 vergütungstechnisch noch weiterentwickelt werden, aus finanzieller Sicht für die Ärzteschaft tatsächlich attraktiv sind, soll im Folgenden näher beleuchtet werden.

1.2 Zielsetzung

Zielsetzung dieser Abhandlung ist, den Zusammenschluss mehrerer Ärzte in der Form einer BAG oder eines MVZ unter den Hauptkriterien Abrechnung und Vergütung zu betrachten. Dabei sollen sowohl die zukünftige Vergütungsreform 2009 sowie die neuen Möglichkeiten für den Arzt durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz berücksichtigt werden.

Es gibt zahlreiche Gründe, um sich für eine Kooperation zu entscheiden. Inwiefern jedoch ein Zusammenschluss aus Sicht der Vergütung für die jeweiligen Ärzte sinnvoll erscheint, ist auf den ersten Blick nicht immer leicht erkennbar. Diverse Fragen, zum Beispiel, ob ein Arzt durch die Kooperationen mit anderen Ärzten finanziell profitiert oder inwieweit BAG und MVZ bei der Neustrukturierung des EBM 2008 berücksichtigt worden sind, gilt es zu klären. Es wird ebenfalls beleuchtet, ob und inwieweit die bereits bestehenden und auch die neuen Kooperationsformen durch die neue Vergütungsreform in 2009 beeinflusst werden.

Im ersten Teil dieses Gutachtens werden zunächst die verschiedenen Formen ärztlicher Kooperationen erläutert. Im weiteren Verlauf wird das Vertragsärztliche Vergütungssystem erklärt. Am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wird sodann der Ablauf der Honorarverteilung detailliert beschrieben. Im Anschluss daran werden die Neuerungen der Gesundheitsreform, die in 2009 eingeführt werden, dargestellt. Es wird dargestellt, welche Auswirkungen diese Entwicklungen auf die Ärzteschaft und deren Verhalten haben.

2 Medizinische Versorgungszentren

2.1 Allgemeine Definition

Im Rahmen des GKV-Modernisierungsgesetzes, das zum 01.01.2004 in Kraft getreten ist, wurden Medizinische Versorgungszentren zur Verbesserung der ambulanten Versorgung sowie zur besseren Verknüpfung des ambulanten und stationären Sektors eingeführt. Die Verzahnung mehrerer ärztlicher Fachgebiete soll ein Mehr an patientenorientierter Versorgung ermöglichen.

Die Legaldefinition für MVZ gemäß § 95 Abs.1 SGB V lautet wie folgt:

„An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister (. . .) eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. (. . .). Die medizinischen Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen; sie können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).¹

2.2 Gründungsvoraussetzungen

Gemäß § 95 Abs. 1 SGB V ist der Kreis der potentiellen Gründer auf diejenigen Personen eingeschränkt, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen.² Ziel der Einschränkung der gründungsberechtigten Leistungserbringer ist, dass die Führung eines MVZ primär nach medizinischen Vorgaben und Notwendigkeiten

¹ § 95 Abs. 1 SGB V

² § 95 Abs. 1 SGB V

erfolgt und das wirtschaftliche Interesse in den Hintergrund gestellt wird.³ Demzufolge schließt der Gesetzgeber die Betreiber/Initiatoren, die ausschließlich gewinnorientiert, gleichzeitig aber nicht zur vertragsärztlichen Leistungserbringung berechtigt sind, aus dem gründungsberechtigten Kreis aus.⁴ Auch den Kassenärztlichen Vereinigungen, den Krankenkassen oder Managementgesellschaften ist es mangels Leistungserbringereigenschaft nicht erlaubt ein MVZ zu gründen.⁵

Ein MVZ muss ferner unter einer ärztlichen Leitung stehen und darf nur mit mindestens zwei fachübergreifend tätigen Leistungserbringern gebildet werden.

2.2.1 Gründungsberechtigte Leistungserbringer

MVZ dürfen von allen Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, gegründet werden. Zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums berechtigt sind daher insbesondere:

- Vertragsärzte
- Vertragspsychotherapeuten
- Vertragszahnärzte und ermächtigte Zahnärzte
- Ermächtigte Krankenhausärzte/-psychotherapeuten
- Ermächtigte andere Ärzte und Psychotherapeuten
- Krankenhausträger nach § 108 SGB V
- Träger von Einrichtungen nach § 311 SGB V
- Ermächtigte Ärzte und Einrichtungen auf der Grundlage des BMV-Ä
- Ermächtigte Träger von Einrichtungen nach §§ 117, 118, 119, 119a SGB V
- Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach §§ 111, 111a SGB V
- Heilmittelerbringer nach § 124 SGB V
- Hilfsmittelerbringer nach § 126 SGB V

³ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S.29

⁴ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 33

⁵ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 29

- Apotheken nach § 129 SGB V
- Leistungserbringer nach § 132a Abs.2, § 132b, § 132c Abs.1 SGB V⁶

2.2.2 Kriterium „Fachübergreifend“

Das Kriterium „Fachübergreifend“ spielt auf der Gründungs- und Betreiberebene eines MVZ (Trägerschaft) keine Rolle. Es ist zwingend notwendig zwischen den Gründern eines MVZ (= Träger) und den darin tätigen Ärzten zu unterscheiden. Allein die ärztliche Besetzung muss fachübergreifend sein.

Durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, welches zum 01.01.2007 in Kraft getreten ist, ist der Begriff „Fachübergreifend“ nach anfänglichen Unklarheiten und Auslegungsschwierigkeiten mit einer eindeutigen Regelung im § 95 Abs. 1 SGB V verankert worden.⁷ Das Merkmal „Fachübergreifend“ besagt, dass mindestens zwei Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, mit unterschiedlichen Facharztbezeichnungen oder gleicher Facharztbezeichnung jedoch mit verschiedenen Schwerpunkten zum Betreiben eines Versorgungszentrums erforderlich sind.

Somit ist ein Zusammenschluss zum Beispiel eines Allgemeinmediziners und eines Gynäkologen zulässig. Wenn ein hausärztlich tätiger und ein fachärztlich tätiger Internist gemeinsam in einem MVZ arbeiten wollen, so ist auch dies möglich und ausreichend.⁸

2.2.3 Ärztliche Leitung

Jedes zugelassene MVZ muss von mindestens einem Arzt fachlich geleitet werden. Diese Voraussetzung hat der Gesetzgeber ebenfalls im § 95 SGB V festgelegt.

Der ärztliche Leiter muss nach überwiegender Auffassung selbst im MVZ ärztlich tätig sein und hat die Aufgabe, die Sicherstellung und Wahrnehmung der

⁶ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 32

⁷ Vgl. <http://www.kbv.de//koop/9105.html>

⁸ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S.45

vertragsärztlichen Pflichten zu gewährleisten und als Ansprechpartner gegenüber der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung aufzutreten. Folglich ist der leitende Arzt für die Überwachung der Hygienevorschriften, Sicherstellung der ärztlichen Dokumentation sowie für die ordnungsmäßige Abrechnung zuständig.⁹ Er trägt damit die Gesamtverantwortung für das ärztliche Handeln in einem MVZ.¹⁰

Sind in einem MVZ neben Ärzten auch Zahnärzte tätig, kann dieses MVZ auch in kooperativer Leitung geführt werden.¹¹ Dies ist sinnvoll, da dem ärztlichen Leiter in fremden Fachgebieten kein Weisungsrecht zusteht.¹²

Die Notwendigkeit einer ärztlichen Leitung dient dazu zu verhindern, dass die im MVZ tätigen Ärzte in Bezug auf medizinisch-fachliche Entscheidungen den Weisungen von Nicht-Ärzten unterliegen. Der Versorgungsauftrag und demnach das medizinische Interesse sollen stets weiterhin im Vordergrund stehen.

Jedoch besteht selbstverständlich die uneingeschränkt empfehlenswerte Möglichkeit, dass zusätzlich zu der ärztlichen Leitung eine kaufmännische Geschäftsführung integriert wird¹³, da es auf Grund der zahlreichen gesetzlichen Vorgaben für einen Arzt schwierig ist, die ihm fachfremden kaufmännischen Aufgaben (alleine) zu übernehmen.

2.3 Zulassungsbestimmungen

Die Zulassung für ein Medizinisches Versorgungszentrum muss beim jeweiligen Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung beantragt werden. Sind die Zulassungsvoraussetzungen des § 95 SGB V erfüllt, so muss der Zulassungsausschuss die Gründung eines MVZ genehmigen. Jedoch unterliegt ein MVZ wie alle niedergelassenen Vertragsärzte auch der Bedarfsplanung.

⁹ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 21.

¹⁰ Vgl. <http://www.kbv.de//koop/9105.html>.

¹¹ Vgl. <http://www.kbv.de//koop/8877.html>.

¹² Vgl. Schulte/Schulz: Medizinische Versorgungszentren, 2007, S. 87.

¹³ Vgl. Schulte/Schulz: Medizinische Versorgungszentren, 2007, S. 87.

Demnach müssen alle Ärzte, die in einem MVZ arbeiten wollen, ob als Vertragsarzt oder als angestellter Arzt, bedarfsplanungsrechtlich Berücksichtigung finden.¹⁴

Die folgende Abbildung zeigt verschiedene Varianten der Etablierung eines MVZ unter Berücksichtigung der Bedarfsplanung:

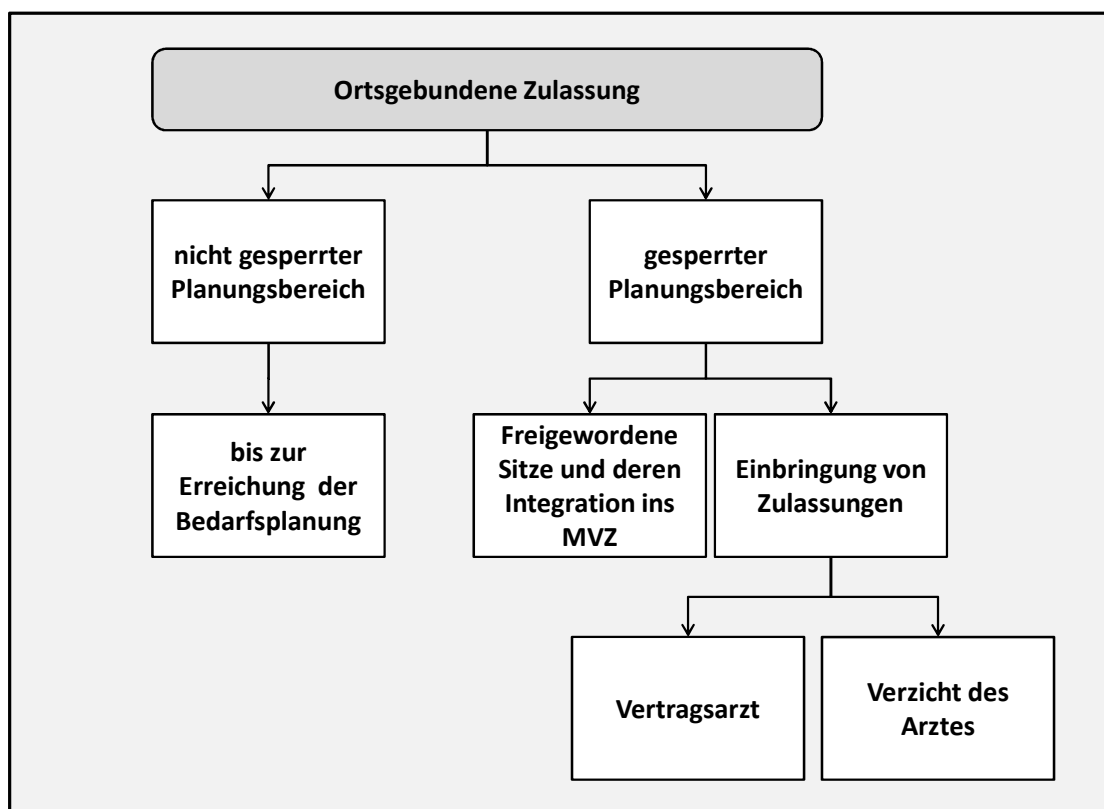


Abbildung 1: Zulassungsmöglichkeiten eines MVZ

Quelle: Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 31

Es ist zunächst zu unterscheiden, ob in dem jeweiligen Planungsbereich Zulassungsbeschränkungen für das Fachgebiet bestehen oder nicht.

Existiert keine Zulassungsbeschränkung für den jeweiligen Planungsbereich, so können die MVZ-Gründer beliebig viele Zulassungen beantragen, bis die Anzahl der zur Verfügung stehenden Zulassungen ausgeschöpft ist.¹⁵

¹⁴ Vgl. <http://www.kbv.de/publikation/8527.html>

¹⁵ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 30

Sind jedoch Zulassungsbeschränkungen für das jeweilige Fachgebiet und den jeweiligen Planungsbereich angesetzt, so haben die Gründer eines MVZ keine Möglichkeit auf eine Neuzulassung.¹⁶ Folgende Varianten stehen Ihnen dann zur Verfügung:

1. Vertragsarzt sowohl Gründer als auch Leistungserbringer im MVZ
2. Verzicht der Zulassung des Vertragsarztes zugunsten des MVZ
3. Teilnahme des MVZ an einem Nachbesetzungsverfahren

In der ersten Variante kann ein Vertragsarzt als zugelassener Leistungserbringer ein MVZ gründen, seine Zulassung behalten und sie lediglich dem MVZ für die Dauer seiner ärztlichen Mitarbeit als Leistungserbringungs- und Abrechnungsgrundlage zur Verfügung stellen. Bei seinem Austritt aus dem MVZ kann der Vertragsarzt seine Zulassung dann wieder „mitnehmen“, um sich beispielsweise wieder in einer Einzelpraxis niederzulassen.¹⁷

In der zweiten Variante ist davon auszugehen, dass andere Leistungserbringer als Vertragsärzte, wie zum Beispiel ein Krankenhaus, ein MVZ gründen wollen. Diese Variante bietet den Gründern in zulassungsbeschränkten Bereichen die Möglichkeit Arztsitze zu erwerben, indem ein bereits zugelassener Arzt zugunsten des MVZ auf seine individuelle Zulassung verzichtet, die individuelle Zulassung unwiederbringlich auf das MVZ überträgt und sich in diesem anstellen lässt.¹⁸ In diesem Fall ist die Anstellung des Arztes durch den Zulassungsausschuss zu genehmigen.¹⁹ Ein Arzt, der seine Zulassung durch die Übertragung auf das MVZ verliert, ist, hat beim Austritt aus dem MVZ keine Berechtigung sich wieder neu niederzulassen. Er muss eine neue Zulassung beantragen, die

¹⁶ Vgl. <http://www.kbv.de/koop/8878.html>

¹⁷ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 45

¹⁸ Vgl. <http://www.kbv.de/publikation/8527.html>

¹⁹ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S.52

er wiederum nur erhält, soweit Zulassungsbeschränkungen diesem nicht entgegenstehen.²⁰

In der Vergangenheit war es ein Anreiz insbesondere für junge Ärzte sich in einem MVZ anstellen zu lassen, da der angestellte Arzt nach fünfjähriger Tätigkeit im MVZ eine eigene Zulassung – selbst in zulassungsbeschränkten Bezirken – erhielt und sich in demselben Planungsbereich niederlassen konnte.²¹ Doch dies ist seit Inkrafttreten des VÄndG seit dem 01.01.2007 nicht mehr möglich, weil eine unkontrollierbare Multiplikation von Vertragsarztsitzen in zulassungsgesperrten Bereichen verhindert werden soll.

Die dritte Möglichkeit für die Gründung eines MVZ in gesperrten Planungsbereichen ist die Beteiligung des MVZ an einem Verfahren zur Nachbesetzung des KV-Sitzes eines abgabewilligen Vertragsarztes (sog. Nachbesetzungsverfahren)²². Der Zulassungsausschuss hat allerdings nach pflichtgemäßem Ermessen bei Vorliegen mehrerer Bewerbungen zu entscheiden. Jedoch müssen dabei bestimmte Faktoren, wie zum Beispiel Dauer der ärztlichen Tätigkeit und die berufliche Eignung des im MVZ anzustellenden Arztes mit einbezogen werden. Erhält das MVZ im Rahmen des Nachbesetzungsverfahrens die ausgeschriebene Zulassung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, so kann dieses den Sitz an den Ort der Niederlassung des MVZ verlegen.²³

Im Folgenden werden aus Sicht eines Vertragsarztes abschließend nochmals die Möglichkeiten der Beteiligung an einem MVZ dargestellt:

1. Der Vertragsarzt kann in einem MVZ zugleich Gründer als auch Leistungserbringer sein. Unter Wahrung der Freiberuflichkeit und dementsprechend unter Beibehaltung der individuellen Zulassung kann er im MVZ tätig werden. Diese Form der Beteiligung an einem MVZ gleicht der Kooperationsform einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis.

²⁰ Vgl. <http://www.kbv.de/publikation/8527.html>

²¹ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 46

²² Vgl. <http://www.kbv.de/publikation/8527.html>

²³ Vgl. Pelleter/Sohn/Schöffski: Medizinische Versorgungszentren, 2005, S. 49

2. Der Vertragsarzt kann ausschließlich als Gründer des MVZ auftreten und wird nicht in diesem tätig. Allerdings benötigt das MVZ in dieser Konstellation mindestens zwei volle Arztstühle unterschiedlicher Fachgebiete.
3. Der Vertragsarzt hat die Möglichkeit in einem MVZ tätig zu werden, ohne selbst an der Gründung beteiligt zu sein. Er kann entweder unter Beibehaltung seiner Zulassung freiberuflich im MVZ tätig werden oder zugunsten einer Anstellung auf seine Zulassung zugunsten des MVZ verzichten.
4. Seit dem 01.01.2007 ist es dem Arzt möglich, seinen Versorgungsauftrag auf die Hälfte zu reduzieren, um sich zur Hälfte im MVZ anstellen zu lassen und zur anderen Hälfte weiterhin freiberuflich tätig zu sein.²⁴ Damit ist nicht gemeint, dass der Vertragsarzt seine Zulassung zur Hälfte auf das MVZ überträgt. Ob dies rechtlich zulässig ist, ist noch nicht geklärt.

²⁴ Vgl. KBV: Kooperationskompass-. Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 47

3 Kooperationsformen der ärztlichen Berufsausübung

3.1 Formen der beruflichen Kooperation

Gemäß § 18 Abs.1 MBO-Ä gibt es zahlreiche Möglichkeiten, den ärztlichen Beruf gemeinsam auszuüben. Ärztinnen und Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften - auch beschränkt auf einzelne Leistungen - zu Organisationsgemeinschaften, zu medizinischen Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen.

Das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) hat wesentlich zur Weiterentwicklung der Kooperationsmöglichkeiten beigetragen. Denn mit Inkrafttreten des VÄndG, welches zum 01.01.2007 eingeführt wurde, ist es nun auch im Geltungsbereich des Vertragsarztrechts - also allen zugelassenen Ärzten - möglich, neben den bisherigen Kooperationsformen auch Teilberufsausübungsgemeinschaften, überörtliche Berufsausübungsgemeinschaften und selbst KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaften zu gründen.

3.2 Berufsausübungsgemeinschaften

Die Definition der Berufsausübungsgemeinschaft findet sich in § 33 Abs. 2 der Ärzte-ZV und lautet:

„Die gemeinsame Berufsausübung vertragsärztlicher Tätigkeit ist zulässig unter allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern an einem gemeinsamen Vertragsarztsitz (örtliche Berufsausübungsgemeinschaft). Sie ist auch zulässig bei unterschiedlichen Vertragsarztsitzen der Mitglieder der Berufsausübungsgemeinschaft (überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft), (. . .).“

Gemäß des § 1a Nr. 12 des Bundesmantelvertrages für Ärzte und dem Ersatzkassenvertrag für Ärzte in der Fassung vom 01.07.2007 lautet die Definition der Berufsausübungsgemeinschaft wie folgt:

„Rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder Vertragsärzten, Vertragspsychotherapeuten und Medizinischen Versorgungszentren oder Medizinische Versorgungszentren untereinander zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit.“²⁵

Eine BAG setzt voraus, dass der Wille der gemeinsamen Berufsausübung langfristig vorhanden ist, um systematisch zu kooperieren. Demnach muss eine BAG regelmäßig folgende Kriterien erfüllen:²⁶

- Wille der gemeinsamen Berufsausübung, der sich nicht nur auf die Nutzung von Synergieeffekten, reine Managementtätigkeiten oder den Notfall- und Vertretungsplan beschränken darf.
- Schriftlicher Gesellschaftsvertrag, der den Willen zur gemeinsamen Berufsausübung zum Ausdruck bringt und die Rechte und Pflichten der Gesellschafter festlegt.
- Außenankündigung der Gesellschaft; §18 Abs.1 MBO-Ä legt fest, dass die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen sind.²⁷
- Abrechnung und Dokumentation der erbrachten Leistungen durch die Gemeinschaft; demnach ist der Behandlungsvertrag mit der Gemeinschaft zu schließen; somit tritt die BAG mit einer Abrechnungsnummer gegenüber der KV auf.
- Haftung der Gemeinschaft im Außenverhältnis.
- Beteiligung an unternehmerischen Chancen und Risiken, das heißt mehr oder minder gleiche Rechte und Pflichten der beteiligten Ärzte.
- Gemeinsames Personal.
- Gemeinsamer Patientenstamm.

²⁵ §§ 1a Nr.12 BMV-Ä/EKV-Ä

²⁶ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 31

²⁷ § 18 MBO- Ä

- Gemeinsame Räume und Praxiseinrichtung.²⁸

3.2.1 Örtliche Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis

Der Begriff der Gemeinschaftspraxis ist mit Inkrafttreten des VÄndG durch die Bezeichnung „örtliche Berufsausübungsgemeinschaft“ abgelöst worden.²⁹

Eine Berufsausübungsgemeinschaft/Gemeinschaftspraxis ist der Zusammenschluss mehrerer Ärzte des gleichen oder fremden Fachgebietes zur gemeinsamen Ausübung des ärztlichen Berufes an einem Praxissitz.³⁰ Handelt es sich um fremde Facharztgruppen, so ist der Zusammenschluss dennoch zu genehmigen, wenn die jeweiligen Fachbereiche sich in sinnvoller Weise eignen.³¹ Als Sitz werden gesellschaftsvertraglich im Normalfall die Räume der Gemeinschaftspraxis bestimmt.³² Die Räume sind identisch mit dem Ort der Niederlassung. Gemäß § 15a Abs. 4 S.2 BMV-Ä ist der Vertragsarztsitz der Gemeinschaft die Betriebsstätte, jedoch hat eine örtliche BAG die Möglichkeit, weitere Nebenbetriebsstätten zu bilden, um an anderen Orten Leistungen zu erbringen. Voraussetzung für die Bildung weiterer Nebenbetriebsstätten ist, dass dort die Versorgung der Patienten verbessert und die Behandlung am gemeinsamen Vertragsarztsitz nicht gleichzeitig verschlechtert wird. Die Genehmigung zur gemeinsamen Berufsausübung an der vertragsärztlichen Versorgung ist durch den Zulassungsausschuss zu erteilen.³³

²⁸ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 31

²⁹ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 33 und Schroeder – Printzen: Teilnahme an der Vertragsärztlichen Versorgung, S.339 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

³⁰ Vgl. Altendorfer/Jensch/Merk: Das Medizinische Versorgungszentrum, 2004, S. 14

³¹ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 33

³² Vgl. Möller: Kooperation im Gesundheitswesen, S. 890 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

³³ Vgl. Orłowski/Halbe/Karch: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2008, S. 40ff

3.2.2 Teilberufsausübungsgemeinschaft

Durch die Neufassung der MBO-Ä durch den 107. Deutschen Ärztetag ist es den Ärzten ermöglicht worden, sich mit anderen Leistungserbringern zusammenzuschließen, um sich nur auf die Erbringung bestimmter (Teil-) Leistungen zu beschränken. Nachdem diese neue Form durch das regionale Kammerrecht anerkannt worden ist, sind virtuelle Kooperationen, insbesondere mit überweisungsgebundenen Leistungserbringern, wie zum Beispiel Radiologen und Laborärzten, gegründet worden, um auf diese Weise Überweisungsumsätze zu optimieren und „legale“ Kick-Back-Zahlungen (§ 31 MBO) zu ermöglichen. Um diese berufsrechtswidrige Vorgehensweise zu stoppen, wurde § 18 Abs.1 MBO-Ä am 24.11.2006 erneut geändert und lautet nun wie folgt:

„(...) Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufes kann zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen, sofern er nicht lediglich einer Umgehung des § 31 dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn sich der Beitrag der Ärztinnen und Ärzte auf das Erbringen medizinisch-technischer Leistungen auf Veranlassung der übrigen Mitglieder der (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaft beschränkt oder der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der von ihnen persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung insbesondere einer Leistung aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 3 dar. (...)“³⁴

Somit ist es in § 33 Abs.2 S.3 Ärzte-ZV gesetzlich festgelegt, dass sich Ärztinnen und Ärzte zu Teil-BAG zusammenschließen dürfen, um bestimmte Leistungen anzubieten, jedoch unter Berücksichtigung des § 31 MBO-Ä, dem zufolge es nicht gestattet ist, sich durch gezielte Zuweisungen von Patienten ein Entgelt oder andere Vorteile zu versprechen oder gewähren zu lassen.³⁵ Es soll damit ausgeschlossen werden, dass Teilberufsausübungsgemeinschaften nur gegründet werden, um überweisungsbezogene medizinisch-technische Leistun-

³⁴ Vgl. § 18 Abs. 1 MBO-Ä

³⁵ Vgl. § 31 MBO-Ä

gen mit anderen überweisungsberechtigten Leistungserbringern zu erbringen.³⁶ Eine Teil-BAG ist damit nur dann zulässig, wenn das zeitlich begrenzte Zusammenwirken der Ärzte erforderlich ist, um einen Patienten medizinisch sinnvoll gemeinsam zu behandeln.³⁷

Der Gesellschaftszweck ist gerade bei der Teil-BAG von großer Bedeutung. Es ist wichtig darauf zu achten, dass eine Abgrenzung zwischen dem Leistungsangebot der Stammpraxis und der Teil-BAG vorgenommen wird. Es ist daher vertraglich zu regeln, ob bestimmte Leistungen ausschließlich in der Teil-BAG vorgenommen werden, um diese dann nur über die Teil-BAG abzurechnen.³⁸ Dies ist insbesondere auch deshalb von besonderer Bedeutung, weil dieser Teil-BAG ein bestimmtes Punktzahlvolumen zugeordnet wird, das den beteiligten Leistungserbringern proportional an anderer Stelle gekürzt werden muss.

3.2.3 Überörtliche Berufsausübungsgemeinschaft

Bisher war eine überörtliche BAG berufsrechtlich nur zulässig, wenn Ärzte nicht unmittelbar patientenbezogen tätig sind, zum Beispiel zwischen so genannten Methodenfächern (Laborärzte etc.). Gemäß § 33 Abs. 2 S.2 Ärzte-ZV ist es seit Inkrafttreten des Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes zulässig, eine BAG mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen zu gründen und zwar unter der Voraussetzung, dass jeweils ein Mitglied der überörtlichen BAG an einem Vertragsarztsitz hauptberuflich tätig ist und die Patientenversorgung dort sichergestellt ist.³⁹ Die Notwendigkeit, für die Kooperation einen gemeinsamen Praxissitz zu bilden, entfällt.⁴⁰ Die hauptberufliche Tätigkeit wird einerseits als erfüllt angesehen, wenn der Vertragsarzt nicht mehr als 13 Stunden an anderen Orten binnen ei-

³⁶ Vgl. Möller: Kooperation im Gesundheitswesen, S. 930 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

³⁷ Vgl. § 15a Abs. 5 S.2 BMV-Ä

³⁸ Vgl. Möller: Kooperation im Gesundheitswesen, S.931 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

³⁹ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 34

⁴⁰ Vgl. Orłowski/Halbe/Karch: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2008, S. 46

ner Woche tätig ist.⁴¹ Andererseits gibt der § 17 Abs. 1a BMV-Ä vor, dass ein vollzeitig zugelassener Vertragsarzt wöchentlich mindestens 20 Stunden Sprechstunden anbieten muss. Demzufolge wird die Tätigkeit an anderen Orten automatisch eingeschränkt.⁴²

Bei der Entscheidung eine überörtliche BAG zu gründen, ist zwingend notwendig, dass die gemeinsame patientenbezogene Berufsausübung im Vordergrund steht und ein gemeinsamer Patientenstamm sowie die Übernahme eines wirtschaftlichen Risikos durch alle Gesellschafter erfolgt.⁴³ Der Zugriff auf die gemeinsame Patientenkartei muss gegeben sein und kann durch moderne Kommunikationstechniken realisiert werden.

Eine überörtliche BAG, an der Ärzte mehrerer Bezirke einer KV beteiligt sind, hat einen ihrer Vertragsarztsitze als Hauptsitz/Betriebsstätte zu wählen, der nach § 15a Abs.4 S.5 BMV-Ä für mindestens zwei Jahre verbindlich ist, damit sichergestellt ist, welcher Zulassungsausschuss für die jeweilige BAG zuständig ist.⁴⁴ Alle weiteren Vertragsarztsitze sind sog. Nebenbetriebsstätten. Die überörtliche BAG hat denjenigen Praxissitz als Betriebsstätte zu wählen, an dem der Versorgungsschwerpunkt der Tätigkeit der BAG angesiedelt ist.⁴⁵

Die überörtliche BAG kann in zwei Formen realisiert werden: Die einzelnen Partner können einerseits ausschließlich am Ort ihrer Niederlassung tätig sein oder anderenfalls unter Beibehaltung ihrer einzelnen Niederlassungen auch stundenweise in anderen Betriebsstätten und Nebenbetriebsstätten der BAG ihren Beruf ausüben.⁴⁶ Letzteres bedarf keiner zusätzlichen Genehmigung des Zulassungsausschusses.⁴⁷

⁴¹ Vgl. Möller: Kooperation im Gesundheitswesen, S. 933 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

⁴² Vgl. § 17 Abs.1a BMV-Ä

⁴³ Vgl. Möller: Kooperation im Gesundheitswesen, S. 933f. in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008 und <http://aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=suche&id=50729>

⁴⁴ Vgl. Schroeder – Printzen: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, S. 340 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

⁴⁵ Vgl. Orłowski/Halbe/Karch: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2008, S. 50

⁴⁶ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 34

3.2.4 KV- übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft

Eine KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft liegt vor, wenn eine überörtliche BAG ihre Standorte in unterschiedlichen KV-Bereichen hat. Die vorherige Genehmigung muss durch den Zulassungsausschuss erfolgen. Eine KV-übergreifende BAG hat das Recht eine KV zu wählen, die maßgeblich ist für die Genehmigungsentscheidung sowie für die auf die gesamte Leistungserbringung dieser Gesellschaft anzuwendenden ortsgebundenen Regelungen, insbesondere zur Vergütung, zur Abrechnung sowie zu den Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen.⁴⁸ Die KV-übergreifende BAG hat sich für die Dauer von zwei Jahren auf die Wahl des Sitzes festzulegen.

⁴⁷ Vgl. Schroeder – Printzen: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, S.342 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

⁴⁸ Vgl. Orłowski/Halbe/Karch: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2008, S. 47ff

4 Vertragsärztliches Vergütungssystem

4.1 Gesamtvergütung

Gemäß § 85 Abs.1 SGB V hat jede Krankenkasse ein bestimmtes Ausgabenvolumen an die jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen für die gesamte vertragsärztliche Versorgung zu entrichten. Die Höhe des/der Ausgabenvolumen/Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag von der Kassenärztlichen Vereinigung, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, auf Landesebene vereinbart.⁴⁹ Der Gesamtvertrag regelt alle Einzelheiten zur vertragsärztlichen Versorgung und der Gesamtvergütung auf Basis des EBM.⁵⁰ Die KV verteilt die erhaltene Gesamtvergütung an alle Vertragsärzte; jedoch werden bei der Verteilung die Bereiche Hausärzte und Fachärzte getrennt.⁵¹ Die Gesamtvergütung wird jeweils zu Beginn des Jahres verhandelt und muss für die gesamte ambulante ärztliche und psychotherapeutische Behandlung ausreichen, allerdings nur für diejenigen Leistungen, die zum Leistungskatalog der GKV gehören.⁵² Des Weiteren wird die Gesamtvergütung aus Kopfpauschalen, Einzelleistungen, Kosten und Sonderverträgen berechnet. Die Kopfpauschale setzt sich aus den Beiträgen pro Mitglied inklusive der beitragsbefreiten mitversicherten Familienmitglieder zusammen, die an die KK gezahlt werden müssen, multipliziert mit der Anzahl der Mitglieder je Krankenkasse. Beispiele für Einzelleistungen sind Präventionen und Impfungen, Beispiele für Sonderverträge sind die Disease Management Programme (DMP).⁵³ Die Höhe der Gesamtvergütung ist vom Gesetzgeber begrenzt, sie darf nur um einen festgelegten Betrag zunehmen, maximal um den gleichen Prozentsatz um den die Grundlohnsumme wächst. Als Grundlohnsumme bezeichnet man die Gesamtheit aller Bruttoeinkünfte von Arbeitern und Angestellten.

Bei der Verteilung der Gesamtvergütung ist der Honorarverteilungsvertrag von großer Bedeutung, denn dieser regelt, wie die Verteilung auf die einzelnen

⁴⁹ Vgl. § 85 Abs. 1 und 2 und http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_02247.html

⁵⁰ Vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_02247.html

⁵¹ Vgl. § 85 Abs. 4 SGB V

⁵² Vgl. http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/08_03/praxgeld.html

⁵³ Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag: Neue Vergütungssysteme, 2007, S.2

Arztgruppen und Versorgungsbereiche erfolgt. Der Honorarverteilungsvertrag wird seit dem Inkrafttreten des GKV-GMG 2004 gemeinsam zwischen den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen, den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart.⁵⁴ Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes müssen bei der Honorarverteilung zu Grunde gelegt werden.⁵⁵

4.2 Definition EBM

Der EBM ist in § 87 Abs.2 SGB V verankert und lautet:

*„Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander(...)“*⁵⁶

Der EBM ist neben dem Honorarverteilungsvertrag ein wesentliches Element der vertragsärztlichen Vergütung und wurde erstmals zum 1. Juli 1978 eingeführt.⁵⁷ Alle abrechnungsfähigen Leistungen werden im EBM aufgeführt und zwar in Form von Punkten, die die Relation der einzelnen Leistungen zueinander widerspiegelt.⁵⁸ Jedoch handelt es sich dabei nicht um eine Gebührenordnung, da der EBM bisher keine Gebührensätze enthält, dies wird erst im Jahre 2009 durch die neue Euro-Gebührenordnung folgen.⁵⁹ Die tatsächliche Vergütung der Leistungen in Euro ergibt sich erst, wenn die Punkte mit dem Punktwert multipliziert werden.⁶⁰ Der Punktwert ist der Cent-Wert und schwankt von Quartal zu Quartal. Er wird berechnet, indem die Ärzte nach Ablauf des Quartals ihre erbrachten Leistungen in Punkten gegenüber der KV abrechnen. Dar-

⁵⁴ Vgl. § 85 Abs. 4 SGB V und http://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_02483.html

⁵⁵ Vgl. Hartmannsgruber: Das vertragsärztliche Vergütungssystem, S. 380 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht. 2008

⁵⁶ Vgl. § 87 Abs. 2 SGB V

⁵⁷ Vgl. Köhler/Hess: Kölner Kommentar zum EBM, 2004, S. 17

⁵⁸ Vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/p/index_02370.html

⁵⁹ Vgl. Schroeder- Printzen: Handbuch Medizinrecht, 2005, S.1

⁶⁰ Vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/p/index_02370.html

aufhin werden alle erbrachten und abgerechneten Leistungen aller Vertragsärzte addiert. Die zur Verfügung stehende Gesamtvergütung wird durch die Gesamtpunktzahl dividiert. Das Ergebnis ist der Punktwert.⁶¹ Leistungen, die nicht im EBM aufgelistet sind, dürfen auch nicht gegenüber der KV abgerechnet werden.

Der einheitliche Bewertungsmaßstab wird von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse festgelegt.⁶²

4.3 Honorarverteilung am Beispiel der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Im Kapitel 4.1 wurde bereits erläutert, wie sich die Summe der Gesamtvergütung zusammensetzt und welche Elemente – EBM und Honorarverteilungsvertrag - bei der Verteilung von Bedeutung sind. Da der Honorarverteilungsvertrag auf Landesebene vereinbart wird, erfolgt die Honorarverteilung in den 17 KV-Bereichen auf verschiedene Weise. Im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein wird der Honorarverteilungsvertrag zwischen der KVNo, den nordrheinischen Landesverbänden und den Verbänden der Ersatzkassen einheitlich vereinbart und findet nur im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein Anwendung.⁶³

Der Geltungsbereich des Honorarverteilungsvertrages der KVNo gilt für die Gesamtvergütungsverteilung aller Primär- und Ersatzkrankenkassen sowie für Zahlungen an andere KVen in den Fällen, in denen Leistungen in einer anderen KV erbracht worden sind.⁶⁴ Die Vorschriften, die sich auf Ärzte beziehen, schließen Ärzte in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren sowie Psychotherapeuten ein. Alle vertragsärztlich erbrachten Leistungen werden nach Maßgabe des EBM bewertet.⁶⁵

⁶¹ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S, 111

⁶² Vgl. § 87 Abs. 1 SGB V

⁶³ Vgl. HVV der KVNo

⁶⁴ Vgl. § 1 HVV der KVNo

⁶⁵ Vgl. § 2 HVV der KVNo

Wie unter Ziffer 4.1 beschrieben entrichten die Krankenkassen an die jeweiligen KVen eine Gesamtvergütung für die gesamten vertragsärztlichen Leistungen in dem jeweiligen Bezirk.⁶⁶ Die Summe der Gesamtvergütung erhöht sich zusätzlich um die Zahlungen anderer Kassenärztlicher Vereinigungen, so genannte Fremdkassenfälle. Auf diese Weise entsteht der Betrag der Gesamtvergütung. Jedoch müssen vor der Verteilung des Honorars an die jeweiligen Fachgruppen für bestimmte Leistungen folgende Abzüge vorgenommen werden:

- Fremdkassenzahlungen für Fremdarztfälle
- Kostenerstattungen für Materialkosten, z.B. Infusionen, Kathetersets, die gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 5 BMV-Ä abgerechnet werden⁶⁷
- Wegegelder und Wegepauschalen, die der Arzt bei einem Hausbesuch abrechnen darf⁶⁸
- Kosten, die sich vor den Quartalen I/97 aus Abrechnungsberichtigungen ergeben haben oder durch Änderungen nicht mehr ordnungsgemäß zuzuordnen sind
- Rückstellungen für noch ausstehende Abrechnungen und Erstattungskosten, die in der Höhe noch nicht feststehen oder auf Grund von Änderungen nicht klar zuzuordnen sind oder die einen anderen Versorgungsbereich betreffen
- Leistungen, die im Notfalldienst anfallen und mit dem Cent-Wert von 4,6016 bewertet werden
- Leistungen für Prävention, PDT, Mamma-MRT, Soziotherapie und künstliche Befruchtung
- Vergütungen für Impfleistungen und Verwaltungsanfragen, welche mit einem festen Punktwert vergütet werden, sowie andere Leistungen, die sich Einzelleistungen nennen und separat mit den KK vereinbart werden
- Leistungen bei der Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit sind ebenfalls vom Ausgabenvolumen abzuziehen

⁶⁶ Vgl. § 85 Abs. 1 SGB V

⁶⁷ Vgl. § 9 HVV der KVNo

⁶⁸ Vgl. § 10 HVV der KVNo

- Notfallleistungen, die durch das Krankenhaus erbracht werden, sind mit einem 10% Abschlag zu reduzieren und werden mit demselben Punktwert vergütet wie diejenigen Leistungen, die im organisierten Notfalldienst anfallen
- Leistungen aufgrund von Institutsermächtigung sind mit einem 10% Abschlag zu vermindern und mit dem allgemeinen Durchschnittswert für den fachärztlichen Versorgungsbereich zu bewerten
- Vergütungen für Leistungen, die mit den Krankenkassen gesondert festgelegt werden und weder in den hausärztlichen noch in den fachärztlichen Bereich einzuordnen sind.⁶⁹

Diese Berechnung ist vorzunehmen, um die oben beschriebenen Vorwegzahlungen, die geleistet werden müssen, nicht in das Ausgabenvolumen/Honorar mit einzubeziehen. Da die Honorarverteilung sich in Hausarzttopf und Facharzttopf trennt, ist der bisher errechnete Betrag um weitere Abzüge zu bereinigen, um die tatsächliche Höhe des zur Verfügung stehenden Ausgabenvolumens zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen, getrennt in Facharzttopf und Hausarzttopf, festzustellen.

Um diese Trennung vorzunehmen, sind weiterhin die folgenden Abzüge zu leisten:

- „Vergütungsanteile für Laborleistungen auf Basis des prozentualen Anteils am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug der Leistungen für Präventions- und Substitutionsbehandlung – getrennt nach haus- und fachärztlichem Anteil – sowie des Leistungsbedarfs für Krankenhäuser/Institute in den Quartalen 1-2/99
- Honorarvolumen der hausärztlichen Grundvergütung prozentual auf Basis der Quartale 1-4/99 an der Gesamtvergütung nach Abzug der übrigen Vorwegzahlungen gemäß § 2 Abs. 2 HVV der KVNo

⁶⁹ Vgl. § 6 Abs. 3 HVV der KVNo

- Vergütungsanteile für Leistungen von Hausärzten, die nach Maßgabe des § 6 des Vertrages über die hausärztliche Versorgung nicht vergütet werden sowie die in diesem Katalog zusätzlich aufgenommenen Leistungen, die ab dem 01.01.2000 in den fachärztlichen Versorgungsbe- reich gewechselt haben, auf Basis des prozentualen Anteils am Gesamt- leistungsbedarf aller Ärzte nach Abzug für Leistungen der Präventions- und Substitutionsbehandlung sowie des Leistungsbedarfs für Kranken- häuser/Institute in den Quartalen 1-4/99
- Nach Artikel 14 Abs. 2 und 3 des GKV- Solidaritätsstärkungsgesetzes war mit Wirkung ab dem 01.01.1999 ein eigenes Budget für die Honorie- rung der psychotherapeutischen Leistungen vorgegeben. Dieses Budget wird kassengruppenspezifisch aufgeteilt und jährlich sowohl um die zweckgebundenen basiswirksamen Zahlungen der Krankenkassen er- höht, als auch um die Mitgliederentwicklung und die zu berücksichtigen- de Grundlohnsummensteigerung weiterentwickelt. Hinzugefügt wird das aus dem Honorartopf der Nervenärzte vergütete Volumen für psychothe- rapeutische Leistungen auf dem Stand der zuletzt durchgeführten Arzt- zahldynamisierung. Es ergibt sich insgesamt ein Honorarvolumen für den psychotherapeutischen Leistungsbereich, welches in Abzug gebracht wird.“⁷⁰

Sämtliche dieser aufgezählten Leistungen werden zunächst vom gesamten Ausgabenvolumen abgezogen. Einerseits werden die Anteile für die Hausärzte und Fachärzte getrennt berechnet, andererseits werden die psychotherapeuti- schen Leistungen in einem separaten Budgettopf für psychotherapeutische Leistungen zusammengefasst.

Nach Abzug aller Leistungen wird der durch den Bewertungsausschuss be- rechnete und festgelegte Trennungsfaktor angewendet. Der Bewertungsaus- schuss hat eine Formel beschlossen, um berechnen zu können, wie hoch die Anteile jeweils für den haus- und fachärztlichen Bereich sind. Der Anteil für Hausärzte im Bereich der KVNo beträgt ca. 43%, für Fachärzte dagegen unge-

⁷⁰ Vgl. § 6 Abs. 4 HVV der KVNo

fähr 57%.⁷¹ Im Ergebnis gibt dieser Trennungsfaktor den tatsächlichen Verteilungsbetrag sowohl für die Hausärzte als auch für die Fachärzte an.⁷²

4.3.1 Honorarverteilung im hausärztlichen Bereich

Der Anteil für Laborleistungen der Hausärzte wird aus der Gesamtheit aller erbrachten Laborleistungen der allgemeinen vertragsärztlichen Ärzteschaft, nach Abzug der Leistungen für Präventions- und Substitutionsbehandlung und inklusive des Leistungsbedarfs der Krankenhäuser/Institute prozentual berechnet (vgl. Ziffer 4.3). Dieser errechnete Betrag, der angibt, wie viele Laborleistungen die Hausärzte getätigt haben, wird dem Honorartopf für Hausärzte wieder zugeteilt, jedoch ohne den Leistungsbedarf der Krankenhäuser/Institute. Nicht nur dieser, sondern auch die Ausgaben für die hausärztliche Grundvergütung, die ebenfalls im Vorfeld prozentual an der gesamten Vergütung berechnet werden, werden dem Honorartopf der Hausärzte wiederkehrend zugeführt.

Des Weiteren werden die Anteile für erbrachte Leistungen der Hausärzte, die gemäß § 6 HVV der KVNo nicht über den Hausarzttopf vergütet werden dürfen, prinzipiell den Fachärzten zugeordnet. Dies sind beispielsweise die so genannten KO-Leistungen, z.B. Ultraschall des Herzens, die nur von Fachärzten erbracht werden dürfen. Ausgenommen sind die Leistungen derjenigen Ärzte, die seit dem 01.01.2000 ihren Berufsstatus von Hausarzt in Facharzt geändert haben und seitdem als Facharzt tätig sind.

Ein Teil des Honorarvolumens, bestehend aus Leistungen die eigentlich nach § 6 HVV der KVNo nicht über den Hausarzttopf vergütet werden darf, wird dennoch dem Honorar der Hausärzte zugeteilt. Dies ist der Vergütungsanteil, der aus den Quartalen 3/03 bis 2/04 ermittelt wurde, der sowohl von

- Hausärzten erbracht wurde, die seit dem 01.01.2003 berechtigt sind, diese Ziffern abzurechnen, um den Sicherstellungsauftrag zu erfüllen,

⁷¹ Information aus dem E-Mail Kontakt vom 07.05.2008 mit dem Hauptgeschäftsführer Herrn Bernhard Brautmeier der KVNo

⁷² Vgl. § 6 Abs. 5 HVV der KVNo

- als auch von Fachärzten, die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, die dem hausärztlichen Bereich zugeordnet ist
- sowie von fachärztlich tätigen Kinderärzten.⁷³

Des Weiteren werden bestimmte Ziffern, nämlich die Ziffern 608, 609, 728 des EBM 1996 auf Basis der Quartale 1-4/00, ebenfalls dem hausärztlichen Honorartopf zugeschrieben.

Die Kostenanteile für psychotherapeutische Leistungen errechnen sich gemäß § 85 Abs. 4 SGB V. Psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte, deren Abrechnungsvolumen sich zu 90% aus den psychotherapeutischen Leistungen bestimmt, erhalten nach EBM 2000 plus ein maximales Abrechnungsvolumen von 561.150 Punkten je Quartal. Die Vergütung aller übrigen psychotherapeutischen Leistungen erfolgt nach Maßgabe der mit den Krankenkassen hierfür vereinbarten Regelungen.

Im folgenden Abschnitt werden weitere Kostenanteile aufgelistet, die vor Verteilung des Honorars auf die einzelnen Hausärzte aus dem bisher zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrag abgerechnet werden müssen. Dies sind:

- die Kosten gemäß EBM für die Laboranalytik
- Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus
- Rückflüsse aus rechtskräftigen Kürzungsmaßnahmen
- Zahlungen, die sich aus Abrechnungsberichtigungen ergeben
- Rückstellungen für z.B. Schwankungsreserven
- 0,23 % der Ersparnis aus Laborleistungen zur Vergütung der Mamma-MRT, der PDT u. a.
- die Hausärztliche Grundvergütung, die mit einem Punktwert von 4,8573 Cent in Abzug zu bringen ist.⁷⁴

⁷³ Vgl. § 6a Abs. 3 HVV der KVNo

⁷⁴ Vgl. § 6a Abs. 5 HVV der KVNo

Nachdem diese Leistungen berücksichtigt und vorab abgezogen worden sind, bleibt im Ergebnis der Verteilungsbetrag für die hausärztliche Versorgung übrig. Dieser Verteilungsbetrag vergütet die Leistungen innerhalb des Individualbudgets.⁷⁵

4.3.2 Honorarverteilung im fachärztlichen Bereich

Die Honorarverteilung erfolgt zunächst nach dem gleichen Prinzip wie die Honorarverteilung im hausärztlichen Bereich. Dem nach dem Trennungsfaktor ermittelten Verteilungsbetrag für die Fachärzte⁷⁶ werden folgende Anteile des Honorars wieder zugeführt:

- Der errechnete prozentuale Anteil am Gesamtleistungsbedarf aller Ärzte für erbrachte Laborleistungen der Fachärzte
- Die errechneten KO-Leistungen, die prinzipiell dem Facharzttopf zuzuführen sind, mit Abzug des Anteils für den hausärztlichen Versorgungsbereich, der durch Sondergenehmigungen abzugsberechtigt ist⁷⁷
- Die erbrachten psychotherapeutischen Leistungen anderer Fachärzte mit Abzug des Vergütungsanteils für psychotherapeutische Leistungen, die von den Hausärzten erbracht werden⁷⁸

Die Bildung der fachärztlichen Honorartöpfe geschieht folgendermaßen: Zunächst werden die Pathologen mit 1,5721% von dem Gesamtverteilungsbetrag abgerechnet. Auf der Basis der Quartale 2-4/05 werden sämtliche Leistungen aller Facharztgruppen - ausgedrückt in Punkten - zusammengefasst. Sodann wird der prozentuale Anteil der einzelnen Facharztgruppen an dieser Gesamtleistung ermittelt. An dem tatsächlichen Honorarverteilungsvolumen - ausged-

⁷⁵ Vgl. § 6a Abs. 8 HVV der KVNo

⁷⁶ Vgl. § 6 Abs. 5 HVV der KVNo

⁷⁷ Vgl. § 6a Abs. 3 HVV der KVNo

⁷⁸ Vgl. § 6b Abs. 1-3 HVV der KVNo

rückt in Euro - nimmt die einzelne Facharztgruppe entsprechend ihres ermittelten Leistungsprozentanteils teil.⁷⁹

Fachgruppenanteil am Verteilungsbetrag der Fachärzte

Arztgruppen	Anteile
Anästhesisten der FG01	3,09%
Augenärzte der FG 04	8,40%
Chirurgen der FG 07	7,14%
Gynäkologen der FG 10	12,19%
HNO-Ärzte der FG 13	7,42%
Hautärzte der FG 16	5,27%
FÄ Internisten der FG 19 / außer UG 6,7,8	4,48%
FÄ Internisten der FG 19 / UG 6	3,01%
FÄ Internisten der FG 19 / UG 7	0,95%
FÄ Internisten der FG 19 / UG 8	0,65%
Laborärzte der FG 26	6,45%
Lungenärzte der FG 29	2,46%
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgen der FG 35	0,48%
Nervenärzte der FG 38	7,35%
Neurochirurgen Der FG 41	0,28%
Orthopäden der FG 44	11,83%
Radiologen / Strahlentherapie und Nuklearmedizin der FGn 53 u. 59	13,81%
Urologen der FG 56	4,40%
Ärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin u.a. der FG 63	0,15%
Humangenetiker u.a. der FG 72	0,20%

Abbildung 2: %- Anteil der einzelnen Facharztgruppe am gesamten Verteilungsbetrag der Fachärzte

Quelle: Honorarverteilungsvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, S. 13

Des Weiteren werden Kosten berücksichtigt, die quartalsweise aus dem Honorartopf der jeweiligen Fachgruppe bzw. Untergruppe inklusive der vorher abgezogenen 1,5721% der Pathologen entnommen werden.

⁷⁹ Vgl. § 6b Abs. 4 HVV der KVNo

Diese Kosten sind:

- Kosten der Laboranalytik
- 14,7208% des Honorartopfes der Radiologen/Strahlentherapie und Nuklearmedizin zur Vergütung strahlentherapeutischer Leistungen
- Kostenpauschalen nach Kapitel 40 des EBM 2000 plus
- Rückflüsse aus Kürzungsmaßnahmen
- Zahlungen aus Abrechnungsberichtigungen
- Rückstellungen, insbesondere für noch ausstehende Abrechnungen
- 0,23% der Ersparnis aus Laborleistungen zur Vergütung der Mamma-MRT und PDT u. a.
- Abzüge von Sondervereinbarungen⁸⁰

Nach allen Abzügen bleibt der Verteilungsbetrag für die jeweilige Fachgruppe bzw. Untergruppe übrig. Mit diesem Verteilungsbetrag werden diejenigen Leistungen vergütet, die dem Individualbudget unterliegen.⁸¹

Auch im fachärztlichen Bereich wird eine BAG dem fachärztlichen Honorartopf zugeordnet, wenn der Anteil aller Leistungen in der BAG – gemessen an der Frequenztafel – überwiegend fachärztliche Leistungen sind.⁸²

4.3.3 Honorarverteilung eines MVZ

Gemäß § 6c Abs.1 HVV der KVNo gibt es eine Sonderregelung bezüglich der Honorarverteilung eines Medizinischen Versorgungszentrums. Es wird dasselbe Prinzip wie bei Berufsausübungsgemeinschaften angewandt. Ein MVZ ist eine fachübergreifende Einrichtung mit Ärzten unterschiedlicher Facharztgruppen. Demzufolge muss das MVZ honorartechnisch einem Fachbereich zugeordnet werden. Die Zuordnung erfolgt nach dem überwiegenden Anteil an Leistungen eines Fachbereiches. Die Umsätze der anderen Fachbereiche werden aus ih-

⁸⁰ Vgl. § 6b Abs. 5 HVV der KVNo

⁸¹ Vgl. § 6b Abs. 7 HVV der KVNo

⁸² § 6b Abs. 4 HVV der KVNo

ren jeweiligen Honorartöpfen herausgenommen und dem Honorartopf zugeteilt, aus dem das MVZ tatsächlich vergütet wird.

Beispiel:

Ein Allgemeinmediziner, zwei Chirurgen und drei Gynäkologen schließen sich in der Form eines MVZ zusammen. Hier überwiegen die gynäkologischen Leistungen. Somit wird das MVZ aus dem Topf der Gynäkologen vergütet. Vorab ist der Hausarzttopf um die erbrachten Umsätze des Allgemeinmediziners zu bereinigen. Die abgezogenen Umsätze aus dem Hausarzttopf werden dem Honorartopf der Gynäkologen beigelegt. Das gleiche Prinzip ist bei den Umsätzen der Chirurgen anzuwenden. Die Umsätze der Chirurgen werden aus dem Honorartopf der Chirurgen entnommen und dem Honorartopf der Gynäkologen zugelegt. Somit können alle erbrachten Leistungen und Umsätze des fachübergreifenden MVZ aus dem Topf der Gynäkologen vergütet werden.

4.3.4 Individualbudget

Das Individualbudget ist eine in Punkten ausgedrückte festgelegte Obergrenze pro Quartal, bis zu der die Ärzte Leistungen erbringen dürfen. Das Individualbudget wird für jede vertragsärztliche Praxis individuell festgelegt, um eine Mengenausweitung zu verhindern. Dementsprechend wird ebenfalls ein Budget sowohl für Berufsausübungsgemeinschaften als auch für Medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs.1 SGB V festgelegt.⁸³ Diese Regelung wurde eingeführt, um der begrenzten Menge Geld eine begrenzte Leistungsmenge entgegenzustellen. Überschreitet der niedergelassene Arzt, die BAG, die Teil-BAG, die überörtliche BAG oder KV-übergreifende BAG sowie das MVZ das individuell festgelegte Punktzahlvolumen, so werden die darüber hinaus gehenden Leistungen nicht mehr vergütet.⁸⁴ Das Individualbudget wird für jede vertragsärztliche Praxis, jede BAG und jedes MVZ individuell festgelegt. Möchte sich jedoch ein bisher niedergelassener Arzt in einem MVZ anstellen lassen

⁸³ Vgl. § 7 Abs. 1 HVV der KVNo

⁸⁴ Vgl. http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/08_03/praxgeld.html

und deswegen zugunsten des MVZ auf seine Zulassung verzichten, überträgt dieser automatisch sein Individualbudget auf das MVZ. Dabei ist allerdings der tatsächliche Umfang bzw. die Stundenzahl seiner Tätigkeit als Angestellter ausschlaggebend. Handelt es sich nämlich um eine Teilzeitanstellung, so ist dementsprechend das Individualbudget des MVZ zu reduzieren. Die Reduktion wird folgendermaßen berechnet: Arbeitet der Angestellte 1 Stunde, so steht dem MVZ 1/40 des von dem Arzt übertragenen Individualbudgets zur Verfügung. Folglich kann es dazu führen, dass das Budget völlig aufgehoben wird, wenn zu erkennen ist, dass der Arzt nicht mehr den gleichen Patientenkreis an seinem neuen Tätigkeitsort behandelt, da dieser durch einen anderen Arzt an seinem alten Niederlassungsort versorgt wird.⁸⁵

Das Individualbudget wird auf Basis der Quartale 3/97 bis 2/98 (Bemessungszeitraum) folgendermaßen berechnet:

„Summe der individuellen Umsätze eines Arztes abzüglich folgender Leistungen:

- Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst
- Präventionsleistungen
- Impfleistungen
- Leistungen bei der Substitutionsbehandlung
- Psychotherapeutische Leistungen
- Hausärztliche Grundvergütung
- Förderbeträge (AOK, BKK, IKK)
- Förderbeträge ambulantes Operieren (0,45%)
- Vorquartalsberichtigung der jeweiligen Bezugsquartale
- Übrige Vorwegzahlungen gemäß § 6 Abs. 3 des HVV der KVNo mit der Maßgabe, dass der Umsatz für die Vergütung von Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V i.V.m § 121a SGB V entsprechend der Bundesempfehlung nach § 86 SGB V zum 01.01.2004 bereinigt wird

⁸⁵ Vgl. § 7 Abs. 1 HVV der KVNo

- Kostenanteil des Umsatzes für Laborleistungen in den Bezugsquartalen bis einschließlich 2/99 in Höhe von 41,4% für O I/O II und 87,3% für O III- Leistungen

Sind die oben beschriebenen Leistungen abgezogen, so muss der Restbetrag durch die Anzahl der Quartale, die als Bemessungsgrundlage dienen, dividiert werden. Das daraus resultierende Ergebnis ist der durchschnittliche Umsatz pro Quartal.⁸⁶

Beispiel:

Eine Arztpraxis erzielt in den Quartalen 3/97 bis 2/98 folgende Umsätze:

Quartal 3/97	70.000 Euro
Quartal 4/97	90.000 Euro
Quartal 1/98	110.000 Euro
<u>Quartal 2/98</u>	<u>130.000 Euro</u>

= Summe der Umsätze 400.000 Euro

./der oben genannten Leistungen (Impfleistungen etc.) – hier: 40.000 Euro

= Restbetrag der Umsätze (360.000 Euro)

: Anzahl der Quartale (hier 4)

= Durchschnittlicher Umsatz pro Quartal (90.000 Euro)

Die sich insgesamt ergebenden Euro - Umsätze werden mit dem Faktor 10 multipliziert.

$$90.000 \text{ Euro} \times 10 = 900.000 \text{ Punkte (Individualbudget)}$$

Durch diesen Rechenmodus ergibt sich das Individualbudget für jede vertragsärztliche Praxis für punktzahlbewertete Leistungen.⁸⁷ Über das Individualbudget hinausgehende erbrachte Leistungen werden nicht mehr vergütet.

⁸⁶ Vgl. § 7 Abs. 1 HVV der KVNo

⁸⁷ Vgl. § 7 Abs. 1 HVV der KVNo

Dieses Individualbudget, im o.a. Beispiel 900.000 Punkte wird mit einem hypothetischen Punktwert von 5,11 Cent bewertet. Hieraus ergibt sich im dargestellten Beispiel ein Euro-Betrag von $900.000 \text{ Punkte} \times 0,0511 \text{ Euro} = 45.990,- \text{ Euro}$. Würde der Punktwert tatsächlich mit 5,11 Cent vergütet werden, ergäbe sich für den Arzt bei einem Abrechnungsvolumen von 900.000 Punkten eine persönliche Quote von 100%. Dies bedeutet, dass der Arzt seine Leistungen zu 100% vergütet bekäme.

In der Realität liegt der tatsächliche Punktwert, bemessen an dem vorhandenen Geldvolumen der Gesamtvergütung, seit Jahren deutlich geringer bei aktuell ca. 3,72 Cent.⁸⁸ Für den Arzt ergibt sich daraus eine real wesentlich niedrigere Quote von deutlich unterhalb 100%. Im gezeigten Beispiel errechnet sich bei einem tatsächlichen Punktwert von 3,72 Cent und einem Abrechnungsvolumen von 900.000 Punkten ein Betrag von 33.480,- Euro. Dies entspricht einer persönlichen Quote von 72,8%. Dies bedeutet, dass der Arzt nur 72,8% seiner erbrachten Leistungen vergütet bekommt.

Das durchschnittliche Punktzahlgrenzvolumen/Individualbudget für die einzelnen Facharztgruppen ist in der folgenden Abbildung aufgeführt.

⁸⁸ Vgl. KVNo aktuell, 11/2007, S. 3

Arztgruppe	Punktgrenzzahlvolumen
Anästhesisten der FG01	692.598
Augenärzte der FG 04	828.553
Chirurgen der FG 07	955.273
Gynäkologen der FG 10	596.255
HNO-Ärzte der FG 13	969.311
Hautärzte der FG 16	806.370
Internisten Hausärzte FG 19	722.473
FÄ Internisten der FG 19 / UG 6	1.018.582
FÄ Internisten der FG 19 / UG 7	1.001.455
FÄ Internisten der FG 19 / UG 8	717.334
FÄ Internisten der FG 19 / außer 6, 7, 8	510.462
Kinderärzte der FG 23	692.470
Laborärzte der FG 26	586.489
Lungenärzte der FG 29	1.087.385
Mund- Kiefer- Gesichtschirurgen der FG 35	586.486
Nervenärzte der FG 38	750.276
Neurochirurgen der FG 41	516.419
Orthopäden der FG 44	1.247.349
Radiologen u.a. der FG 53	1.803.650
Urologen der FG 56	743.989
Nuklearmediziner der FG 59	1.790.617
Allgemeinmediziner der FG 80-89	612.066
Humangenetiker u.a. der FG 72	1.319.508
Ärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin u.a. der FG 63	1.247.349

Abbildung 3: Durchschnittliche Punktgrenzzahlvolumina der jeweiligen Facharztgruppen

Quelle: Honorarverteilungsvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Die Fachgruppenquote beschreibt das Verhältnis der im Honorartopf vorhandenen Geldmenge zu dem Betrag, der benötigt würde, um alle nach dem Individualbudget anerkannten Punktzahlen mit 5,11 Cent zu vergüten. Die Quote wird folgendermaßen berechnet:⁸⁹

Die Summe der Individualbudgets aller Ärzte einer Fachgruppe bewertet mit einem Punktwert 5,11 Cent ergibt ein Honorarvolumen für die gesamte Fachgruppe. Deckt der Honoraranteil, der der Fachgruppe aus dem Gesamthonorar zusteht, das nach den Individualbudgets errechnete Honorarvolumen ab, so beträgt die Fachgruppenquote 100%. Wird von allen Mitgliedern der Fachgrup-

⁸⁹ Vgl. http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/07_10/honorar.html

pe mehr Honorar eingefordert, so sinkt die Fachgruppenquote entsprechend prozentual ab.

Honorarabrechnung der KVNo 4/2007 – Punktwerte und Quoten

KV-Code	Fachgruppe	UG	Quoten gemäß §6 HVV für die übrigen Leistungen	Punkt看rt nach Anwendung der Quote
01	Anästhesisten	alle	85,1969%	5,1100
04	Augenärzte	alle	78,7923%	5,1100
07	Chirurgen	alle	79,7858%	5,1100
10	Gynäkologen	alle	83,4785%	5,1100
13	HNO-Ärzte	alle	79,4011%	5,1100
16	Hautärzte	alle	75,3993%	5,1100
19	Internisten davon			
19	hausärztlich tätig	alle	83,6643%	5,1100
19	fachärztlich tätig	außer 6, 7, 8	84,3837%	5,1100
19	fachärztlich tätig	6	76,0364%	5,1100
19	fachärztlich tätig	7	76,8482%	5,1100
19	fachärztlich tätig	8	81,0711%	5,1100
23	Kinderärzte	alle	83,6643%	5,1100
26	Laborärzte	alle	70,1366%	5,1100
29	Lungenärzte	alle	71,1095%	5,1100
35	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen	alle	76,5552%	5,1100
38	Nervenärzte	alle	75,5044%	5,1100
41	Neurochirurgen	alle	70,1366%	5,1100
44	Orthopäden	alle	79,7145%	5,1100
53	Radiologen	alle	70,1366%	5,1100
56	Urologen	alle	79,9067%	5,1100
59	Nuklearmediziner	alle	70,1366%	5,1100
63	Ärzte für phys. und reha. Medizin	alle	70,1366%	5,1100
72	Humangenetiker u.a.	alle	70,1366%	5,1100
80	Allgemeinärzte	alle	83,6643%	5,1100

Abbildung 4: Honorarabrechnung der KVNo des 4. Quartals 2007 mit Punktwerten und Quoten der jeweiligen Facharztgruppe

Quelle: Internetpräsenz der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

URL: <http://www.kvno.de/mitglieder/honorar/index.html>

Die durchschnittliche Fachgruppenquote, beispielsweise in einem MVZ, wird ermittelt, indem die Quoten aller Facharztgruppen addiert und durch die Anzahl der Fachgruppen dividiert werden. Von daher gilt bei MVZ, dass das Individualbudget mit einem Punktwert von 5,11 Cent bewertet und anschließend mit der durchschnittlichen Fachgruppenquote multipliziert wird.

Das Individualbudget für Medizinische Versorgungszentren sowie für Berufsausübungsgemeinschaften wird je nach Zusammensetzung der Partner wie folgt berechnet:

- Durch Zusammenlegung der Individualbudgets eines oder mehrerer Partner
- aus den abrechenbaren individuellen Punktzahlvolumina der einzelnen Partner, je nach Zulassungsdauer plus erlaubten jährlichen Zuwachs bis maximal zum durchschnittlichen Punktzahlgrenzwert der jeweiligen Fach-/Untergruppe, für die Dauer von 20 Quartalen

Das Budget einer Berufsausübungsgemeinschaft sowie eines MVZ setzt sich aus den einzelnen Individualbudgets beim Zusammenschluss von mehreren Einzelpraxen zusammen.

Beispiel:

Es schließen sich ein Augenarzt und ein Allgemeinmediziner zu einer Gemeinschaftspraxis zusammen. Der Augenarzt hat ein Individualbudget von 1.000.000 Punkten, der Allgemeinmediziner hingegen darf nur Leistungen in Höhe von 800.000 Punkten erbringen. Die beiden getrennt berechneten Budgets werden summiert und bilden das Budget der Gemeinschaftspraxis, in diesem Beispiel in Höhe von 1.800.000 Punkten.

Bei Teil-Berufsausübungsgemeinschaften setzt sich das Budget aus den Anteilen der Leistungen zusammen, die in einer Teil-BAG erbracht werden sollen. Dieser Anteil an Leistungen wird aus den Individualbudgets der Teilnehmer an der Teil-BAG entnommen und addiert. Daraus resultiert das maximal abrechenbare Punktzahlgrenzvolumen einer Teil-BAG.⁹⁰

Eine KV-übergreifende Berufsausübungsgemeinschaft hingegen hat kein gemeinsames Individualbudget. Angesichts der unterschiedlichen Honorarbegren-

⁹⁰ Vgl. § 7 Abs. 5b HVV der KVNo

zung sowie der Honorarverteilung, die jede Kassenärztliche Vereinigung individuell regelt, ist ein gemeinsames Individualbudget nicht möglich.

4.4 Honorarverteilung am Beispiel der KV Westfalen – Lippe

Zwischen der Honorarverteilung der KV Nordrhein (KVNo) und der KV Westfalen-Lippe (KVWL) bestehen gravierende Unterschiede.

Die KVNo definiert zur Mengensteuerung im Wesentlichen ein Individualbudget. Im Gegensatz hierzu verwendet die KVWL zur Mengensteuerung ein sog. fallzahlabhängiges Punktzahlgrenzvolumen.

Dies bedeutet zum einen, dass die Praxen sowie Medizinische Versorgungszentren einem Punktzahlvolumen⁹¹ je Fall und zum anderen einer Fallzahlbegrenzung unterliegen. Das Punktzahlvolumen errechnet sich aus der praxisspezifischen Fallpunktzahl multipliziert mit der relevanten Fallzahl aus dem Quartal 03/04.⁹² Die praxisspezifische Fallpunktzahl wird berechnet, indem die in einem Quartal erbrachten Leistungen in Punkten durch die relevante Fallzahl in einem Quartal dividiert werden. Die relevante Fallzahl entspricht der Anzahl der ambulanten Behandlungsfälle in einem Quartal.⁹³

Beispiel:

Der Allgemeinmediziner hat in einem Quartal 500 Behandlungsfälle. Demzufolge beträgt die relevante Fallzahl 500. In demselben Quartal erbringt der Arzt 500.000 Punkte. Die praxisspezifische Fallpunktzahl wird berechnet, indem die 500.000 Punkte durch die Anzahl der Fälle, in diesem Beispiel 500 Fälle, dividiert werden. Im Ergebnis bleiben 1.000 Punkte. Dies bedeutet, dass die Praxis/das MVZ in einem Quartal nicht mehr als 1.000 Punkte pro Behandlungsfall erbringen darf. Das Punktzahlgrenzvolumen ergibt sich aus dem Produkt der praxisspezifischen Fallpunktzahl und der relevanten Fallzahl. In diesem Beispiel beträgt das Punktzahlgrenzvolumen: 1.000 Punkte pro Behandlungsfall x 500 Fälle = 500.000 Punkte, die der Arzt pro Quartal insgesamt erbringen darf.

⁹¹ Vgl. § 3 HVV der KVWL

⁹² Vgl. Anlage 8 HVV der KVWL

⁹³ Vgl. § 3 Abs. 3 HVV der KVWL

Die Berechnungsweise des Punktzahlgrenzvolumens ist sowohl für die Hausärzte als auch für die Fachärzte identisch.

Zur Berechnung der Fallpunktzahl einer nach dem 01.04.2005 neu entstandenen Gemeinschaftspraxis wird der Mittelwert aller Fallpunktzahlen der Mitglieder aus den Vorjahresquartalen errechnet. Es gilt die höchste Fallpunktzahl aus den letzten vier vorliegenden Quartalen. Sofern die Mitglieder bisher noch nicht abgerechnet haben, ergeben sich die Werte aus den Tabellen der KVWL im Anhang 1 und 2 des Honorarverteilungsvertrages der KVWL.⁹⁴

Die Gesamtvergütung für die KVWL wird ebenfalls in einen Facharzt- und einen Hausarzttopf gemäß § 85 Abs. 4 SGB V getrennt. Vorab sind einige Kostenabzüge wie zum Beispiel Fremdkassenzahlungen, Sondervereinbarungen etc. vorzunehmen, um danach die Gesamtvergütung nach Hausarzt und Facharzt aufzuteilen. Diese Anteile werden wiederum auf die einzelnen Fachgruppen verteilt und so die Leistungen, die dem Punktzahlgrenzvolumen unterliegen, vergütet.

Praxen im Bereich der KVWL unterliegen neben dem Punktzahlgrenzvolumen auch einer Fallzahlbegrenzung. Dies bedeutet, dass sie nur eine bestimmte Menge an Behandlungsfällen im Quartal behandeln dürfen. Die zulässige Fallzahl einer Arztpraxis ergibt sich aus der eigenen Punktzahlgrenzvolumen – relevanten Fallzahl aus dem Vorjahresquartal. Im oben angeführten Beispiel beträgt die Fallzahlgrenze 500 Behandlungsfälle. Allerdings darf die Fallzahl mindestens die durchschnittliche Punktzahlgrenzvolumen – relevante Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe betragen, erhöht um den Fallzuwachs, der 5% der durchschnittlichen Fallzahl der jeweiligen Facharztgruppe im Vorjahresquartal beträgt.⁹⁵

Im Honorarverteilungsvertrag der KVWL wie auch bei der KVNo finden derzeit BAG und MVZ keine explizite Berücksichtigung.

⁹⁴ Anlage 1 des HVV der KVWL

⁹⁵ § 11 Abs. 1 und 2 HVV der KVWL

4.5 Abrechnung medizinischer Leistungen in kooperativen Versorgungsformen

Die vertragsärztliche Vergütung niedergelassener Ärzte für die Versorgung der gesetzlich Krankenversicherten erfolgt über den EBM nach § 87 SGB V und über den Honorarverteilungsvertrag gemäß § 85 Abs. 4 SGB V. § 87 Abs. 2c SGB V besagt, dass spezifische Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen festzulegen sind, um das fallbezogene Zusammenwirken der verschiedenen Facharztgruppen zu gewährleisten und um diese gemeinsam abzurechnen. Die Einführung der Fallpauschalen hat das Ziel, dass Mengenausweitungen verhindert werden sollen und somit kooperative Versorgungsformen, wie zum Beispiel MVZ, BAG sowohl örtlich, überörtlich als auch KV-übergreifend, nicht durch Punktabstaffelungen benachteiligt sind.⁹⁶ Denn es ist offensichtlich, dass der Behandlungsaufwand pro Patient durch das Zusammenwirken mehrerer Fachärzte höher ist als dies bei der Behandlung nur durch einen Arzt der Fall wäre.⁹⁷ Allerdings sind diese Pauschalen speziell für kooperative Versorgungsformen bisher nicht festgelegt worden.⁹⁸

Hinsichtlich der Festlegung der Fallpauschalen müssen Regelungen über den zu erbringenden Leistungsumfang sowie Mindestanforderungen für die institutionelle Ausgestaltung der Kooperation festgesetzt werden. Jedoch erweist es sich offensichtlich als schwierig konkrete Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen festzulegen, da es dem Bewertungsausschuss an langjährigen Erfahrungen fehlt, um einschätzen zu können, welcher Bedarf an Leistungen erforderlich und welche Honorierung aller an der Behandlung beteiligten Ärzten angemessen ist. Gerade bei Versorgungsformen wie MVZ, in denen fachübergreifende Ärzte tätig sind, müsste zumindest zusätzlich zu den diagnose- bzw. patientenbezogenen Fallpauschalen eine Ausgangspauschale festgelegt wer-

⁹⁶ Vgl. Altendorfer/Jensch/Merk: Das Medizinische Versorgungszentrum, 2004, S. 46

⁹⁷ Vgl. Schulte/Schulz: Medizinische Versorgungszentren, 2007, S. 106

⁹⁸ Vgl. Information aus dem E-Mail Kontakt vom 28.04.2008 mit dem Hauptgeschäftsführer Herrn Bernhard Brautmeier der KVNo

den, die je nach Fachgruppe unterschiedlich gewichtet werden muss. Das bedeutet, wenn verschiedene fachübergreifende Ärzte an einer Behandlung zusammenwirken, muss dies auch unterschiedlich honoriert werden. Denn nicht jeder an einem Behandlungsfall beteiligte Arzt hat denselben Aufwand.

Angesichts dessen, dass bisher keine spezifischen Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen gebildet worden sind, erfolgt die Abrechnung der medizinischen Leistungen in MVZ sowie in jeglicher Form einer Berufsausübungsgemeinschaft nach den allgemeinen Bestimmungen des EBM; sie werden mit den abrechenbaren Leistungen von Einzelpraxen gleichgestellt.⁹⁹ Im EBM sind lediglich seit dem 1. Januar 2008 Grund- und Zusatzpauschalen für die fachärztlichen Versorgungsbereiche festgelegt worden. Eine Besonderheit dabei ist, dass in fachübergreifenden BAG, demnach auch in MVZ, die Grundpauschale bei einer Behandlung des Patienten durch mehrere fachübergreifend tätige Ärzte von jedem dieser Ärzte einzeln abgerechnet werden darf.¹⁰⁰ Fachgleiche BAG hingegen dürfen diese Grundpauschale bei gemeinsamer Behandlung nur einmal abrechnen.¹⁰¹ Bislang sah der EBM 2000 plus vor, dass bei der Abrechnung der Leistungen speziell in Gemeinschaftspraxen die Gemeinschaft zusätzlich zu der Ordinationsgebühr einen Zuschlag erhält.¹⁰² Diesen Zuschlag sieht der neue EBM 2008 jedoch nicht mehr vor.¹⁰³

Wie bereits in Kapitel 4.3 näher beschrieben, erfolgt die Honorarverteilung der Gesamtvergütung über die zuständige KV. Auch für das MVZ wird ein Individualbudget festgelegt, das sich aus den bisherigen Budgets der einzelnen Ärzte zusammensetzt (Vgl. Kapitel 4.3.3 Individualbudget). Allerdings wurden kooperative Versorgungsformen auch im Honorarverteilungsvertrag der KVNo nicht konkret berücksichtigt. § 85 Abs. 4 SGB V besagt, dass das zur Verfügung ste-

⁹⁹ Vgl. Dahm: Rechte und Pflichten aus dem Zulassungsstatus, S. 158ff. in Dahm/Möller/Ratzel: Rechts- handbuch Medizinische Versorgungszentren, 2005

¹⁰⁰ Vgl. Orłowski/Halbe/Karch: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2008, 63

¹⁰¹ Vgl. Information aus dem E-Mail Kontakt vom 28.04.2008 mit dem Hauptgeschäftsführer Herrn Bernhard Brautmeier der KVNo

¹⁰² Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 35

¹⁰³ Vgl. KVNo aktuell, 12/2007, S.3

hende Honorar nach dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Bereich getrennt wird. Da kooperative Versorgungsformen jedoch fachgruppenübergreifend tätig sein können, ist zunächst eine direkte Zuordnung weder zum hausärztlichen noch zum fachärztlichen Bereich möglich.

Die Zuordnung wird letztendlich in den §§ 6a Abs. 7 und 6b Abs. 4 des HVV der KVNo geregelt: Die Zuordnung einer versorgungsübergreifenden und/oder fachübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaft richtet sich danach, in welchem Umfang überwiegend hausärztliche oder fachärztliche Leistungen gemessen an den Gesamtleistungen der BAG – bezogen auf die Frequenz – erbracht werden. Werden überwiegend hausärztliche Leistungen in einer BAG erbracht, so werden diese über den hausärztlichen Vergütungsanteil vergütet, erbringt die BAG überwiegend fachärztliche Leistungen, dann wird die BAG dem fachärztlichen Bereich zugeordnet und auch über diesen Vergütungstopf honoriert.

Bei der Abrechnung von medizinischen Leistungen sind grundsätzlich alle Vertragsärzte gemäß § 295 Abs.1 SGB V verpflichtet, die von ihnen erbrachten Leistungen detailliert zu dokumentieren. Die Angabe des Tages der Behandlung, der Diagnose und der Arztnummer sind erforderlich. Insbesondere in kooperativen Versorgungsformen sind die erbrachten Leistungen durch den behandelnden Arzt zu kennzeichnen. Diese Kennzeichnungspflicht regeln sowohl der Honorarverteilungsvertrag der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein als auch der Bundesmantelvertrag für Ärzte. Gemäß § 4 Abs. 4 des HVV ist eine arztbezogene Kennzeichnung nicht nur bei genehmigungspflichtigen Leistungen erforderlich, sondern auch in fach- und versorgungsbereichübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ. Der § 44 Abs. 6 BMV-Ä beschreibt die Kennzeichnungspflicht der erbrachten Leistungen näher. Die erbrachten Leistungen sind bisher unter Angabe der Arztnummer zu dokumentieren. Ab dem 01.07.2008 werden allerdings sowohl eine lebenslange Arztnummer sowie eine Betriebsstättennummer für die Betriebsstätte oder die Nebenbetriebsstätte – im BMV-Ä definiert – von der zuständigen KV vergeben. Diese Nummern sollen die Zuordnung der erbrachten Leistungen zum jeweiligen Arzt bzw. zum Ort der

Leistungserbringung ermöglichen.¹⁰⁴ Lediglich Ärzte, die in versorgungsbe-
reichs- und fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften in einer Betriebsstät-
te tätig sind, dürfen auf die Angabe der Arztnummer verzichten.¹⁰⁵

Die Aufschlüsselung der Leistungen, um diese sowohl dem Arzt als auch der
Betriebsstätte zuordnen zu können, dient der Überprüfung des Arztes, ob er
seine Fachgebietszugehörigkeit einhält und nicht Leistungen erbringt und ab-
rechnet, die nicht seinem Fachgebiet angehören und zu deren Erbringung er
auch nicht berechtigt ist.¹⁰⁶ Es bleibt jedoch abzuwarten, ob das Verfahren der
Aufschlüsselung der Leistungen zu dem jeweiligen Arzt und Betriebsstätte tat-
sächlich angewandt wird.¹⁰⁷

4.5.1 Abrechnungssystematik in örtlichen, überörtlichen und (Teil-) Be- rufsausübungsgemeinschaften und in Medizinischen Versorgung- zentren

Die Abrechnungssystematik in Berufsausübungsgemeinschaften – sowohl ört-
lich als auch überörtlich – als auch in Teil-BAG und Medizinischen Versor-
gungszentren unterscheidet sich nicht. Sowohl das MVZ als auch die BAG in
jeglicher Form, ausgenommen die KV-übergreifende BAG, treten abrechnungs-
technisch als eine Einheit gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung auf. Sie
rechnen alle in einer BAG oder einem MVZ erbrachten Leistungen gemein-
schaftlich über eine KV-Abrechnungsnummer ab, ab 01.07.2008 ist dies die
gültige Betriebsstättennummer,¹⁰⁸ und erhalten demzufolge einen gemeinsa-
men Gesamthonorarbescheid.¹⁰⁹ Wie die Gesamtvergütung, die dem MVZ oder

¹⁰⁴ Vgl. Richtlinie der KBV nach § 75 Abs. 7 SGB V zur Vergabe der Arzt- und Betriebsstätten

¹⁰⁵ Vgl. § 44 Abs. 6 BMV-Ä

¹⁰⁶ Vgl. Dahm: Recht und Pflichten aus dem Zulassungsstatus, S. 154ff. in Dahm/Möller/Ratzel: Rechts-
handbuch Medizinische Versorgungszentren, 2005

¹⁰⁷ so auch der Hauptgeschäftsführer der KVNo, Bernhard Brautmeier

¹⁰⁸ Vgl. Dahm: Rechte und Pflichten aus dem Zulassungsstatus, S. 155ff. in Dahm/Möller/Ratzel: Rechts-
handbuch Medizinrecht, 2005

¹⁰⁹ Vgl. KBV: Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit, 2007, S. 47

der BAG zusteht, intern aufgeteilt wird, wird vertraglich zwischen den Gründern und den darin tätigen Ärzten geregelt.¹¹⁰

4.5.2 Abrechnungssystematik in KV-übergreifenden BAG

In Kapitel 3.2.4 wurden bereits die verschiedenen Möglichkeiten der Teilnahme an einer KV-übergreifenden BAG geschildert. Zudem wurde beschrieben, dass eine BAG mit unterschiedlichen Vertragsarztsitzen in verschiedenen KVen eine Haupt-KV bestimmen muss. Es ist zwischen der zuständigen und der beteiligten KV gemäß der KV-übergreifenden Berufsausübungsrichtlinie zu unterscheiden. Die zuständige KV ist die gewählte Haupt-KV und die beteiligten KVen sind diejenigen KVen, in deren Bereichen Vertragsarztsitze einer Berufsausübungsgemeinschaft gelegen sind.¹¹¹ Durch die Wahlentscheidung der jeweiligen KV wird gleichzeitig der Hauptsitz der KV-übergreifenden BAG gewählt. Die gewählte KV ist gemäß § 33 Abs. 3 Ärzte-ZV sowohl für die Genehmigungsentscheidung als auch für sämtliche ortsgebundene Regelungen wie zum Beispiel zur Vergütung, Abrechnung, Wirtschaftlichkeitsprüfung und Qualitätsprüfung zuständig. Die KV-übergreifende Berufsausübungs-Richtlinie hingegen besagt in § 2, dass hinsichtlich des Leistungs-, Vergütungs- und Prüfungsrechts grundsätzlich der Ort der Leistungserbringung maßgeblich ist. Dies bedeutet, dass Leistungen, die nicht im Bereich der gewählten Haupt-KV erbracht werden, auch nicht über diese abgerechnet und vergütet werden dürfen. Vielmehr ist gemäß § 4 der KV-übergreifenden Berufsausübungsrichtlinie diejenige Kassenärztliche Vereinigung mit dem jeweiligen ortsgebundenen Recht zuständig, in der die Leistung auch tatsächlich erbracht wird. Dabei gilt folgender Grundsatz: „Leistungsrecht am Leistungsort, Vergütungsrecht am Vergütungsort.“ Denn zunächst könnte der Eindruck entstehen, dass gezielt diejenige KV als Hauptsitz auserwählt werden könnte, in der der Punktwert am höchsten ist. Angesichts des oben angeführten Grundsatzes ist dies aber nicht möglich.¹¹² Alle

¹¹⁰ Vgl. Dahm: Rechte und Pflichten aus dem Zulassungsstatus, S. 156 in Dahm/Möller/Ratzell Rechts-handbuch Medizinrecht, 2005

¹¹¹ Vgl. § 3 der KV-übergreifende Berufsausübungsrichtlinie

¹¹² Vgl. Orłowski/Halbe/Karch: Vertragsarztrechtsänderungsgesetz, 2008, S. 49

beteiligten KVen erteilen einen Honorarbescheid, mit der Folge, dass eine KV-übergreifende BAG zahlreiche Honorarbescheide erhält.¹¹³ Allerdings erhalten alle Teilnehmer einer KV-übergreifenden BAG ebenfalls einen Gesamthonorarbescheid von der zuständigen Haupt-KV. Liegt jedoch der Fall vor, dass in einem Behandlungsfall die Leistungen aus Leistungskomplexen in verschiedenen Betriebsstätten in unterschiedlichen KV-Bereichen erfolgen, so ist diejenige Kassenärztliche Vereinigung für die Abrechnung zuständig, in der die letzte Leistung bzw. der letzte Leistungsschritt des Leistungskomplexes erbracht wird.¹¹⁴

¹¹³ Vgl. Schroeder – Printzen: Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, S. 341 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

¹¹⁴ Vgl. § 4 KV-übergreifende Berufsausübungs- Richtlinie, 2007

5 Neue Gesundheitsreform 2008/2009

5.1 EBM 2000 plus

Der EBM 2000 plus war ursprünglich für das Jahr 2000 angesetzt, jedoch sind im Vorfeld nicht die erforderlichen Strukturen geschaffen worden, sodass dieser erst zum 01.01.2005 unter dem Namen EBM 2000 plus in Kraft getreten ist.¹¹⁵

Ziel des EBM 2000 plus war, sich von der Einzelleistungsvergütung abzulösen und einzelne Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen.¹¹⁶

Um diese Zielsetzung zu erreichen, wurden die Leistungen konkret den Fachärzten und Hausärzten zugeordnet und präzise Regelungen zur Kooperation von Fach- und Hausärzten getroffen. Demzufolge wurde der EBM 2000 plus in folgende Kapitel unterteilt:

- Allgemeine Bestimmungen
- Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen
- Arztgruppenspezifische Leistungen
- Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen
- Pauschalerstattung¹¹⁷

Die allgemeinen Bestimmungen beinhalten allgemeine rechtliche Rahmenbedingungen zur Anwendung sowie zahlreiche Definitionen und Verweise auf Regelungen der Bundesmantelverträge. Die arztgruppenübergreifenden Leistungen enthalten diejenigen Leistungen, die von allen Vertragsärzten unter Berücksichtigung der Berufsordnung und der Weiterbildungsordnung abgerechnet werden dürfen. Gegensätzlich zu den arztgruppenübergreifenden Leistungen enthalten die arztgruppenspezifischen Leistungen die Leistungen, die speziell von der jeweiligen Arztgruppe erbracht und abgerechnet werden dürfen.

¹¹⁵ Vgl. Hartmannsgruber: Das vertragsärztliche Vergütungssystem, S. 369 in Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008

¹¹⁶ Vgl. Schroeder-Printzen: Handbuch Medizinrecht, 2005, S. 5 (Rn. 16)

¹¹⁷ Vgl. Allgemeine Bestimmungen des EBM 2000 plus

Die jeweiligen Arztgruppen werden in der jedem Kapitel vorstehenden Präambel genannt. Im Kapitel „Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen“ sind diejenigen Leistungen aufgeführt, die nur mit spezieller Fachkunde erbracht werden dürfen und die bestimmte apparative Anforderungen sowie gegebenenfalls die Teilnahme an Qualitätsmaßnahmen voraussetzen. In der jeweiligen Präambel sind die präzisen Anforderungen hierzu erläutert.¹¹⁸

5.2 Die Reformen 2008/2009

Der Gesetzgeber hat mit Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) zum 01.04.2007 der KBV sowie den Spitzenverbänden der Krankenkassen auferlegt, eine umfassende vertragsärztliche Vergütungsreform zum 01.01.2009 einzuführen.¹¹⁹ Die neue Gesundheitsreform soll das vertragsärztliche Vergütungssystem transparent, entbürokratisiert und vereinfacht gestalten, mit dem Hauptziel, das Honorar der niedergelassenen Ärzte zu steigern. Hauptkennzeichen der neuen Honorarreform sind:

- Abschaffung der bisherigen Budgetierung
- Euro-Gebührenordnung
- Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen.¹²⁰

Grundlage für das Inkrafttreten der Honorarreform stellt das Jahr 2008 dar, in dem Regelungen getroffen werden müssen, um die neue Euro - Gebührenordnung tatsächlich in 2009 umsetzen zu können.

¹¹⁸ Vgl. <http://www.kbv.de/8325.html> und Ratzel/Luxenburger: Handbuch Medizinrecht, 2008, S. 373

¹¹⁹ Vgl. KV Berlin: Vortrag Fachärzte: Einführung in den EBM 2008, 12/2007, S. 4

¹²⁰ Vgl. <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

Zeitplan	
01. Jan 08	Der EBM tritt in Kraft. Vergütung erfolgt weiterhin in Punkten, Honorarbudgets bleiben, Leistungen werden in Pauschalen zusammengefasst
31. Aug 08	Die wesentlichen Parameter zur Bemessung der Regelleistungsvolumina für die Euro- Gebührenordnung ab 2009 werden beschlossen, darunter die Höhe des bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes und die Messung der Morbidität
15. Nov 08	KVen und Krankenkassen vereinbaren die regionalen Punktwerte für 2009
30. Nov 08	Bekanntgabe der arztindividuellen Regelleistungsvolumina
01. Jan 09	Vergütungsreform 2009: Der Euro EBM tritt in Kraft. Die Vergütung erfolgt in Euro auf Basis eines bundeseinheitlichen Orientierungspunktwertes, Honorarbudgets werden abgeschafft, das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen verlagert. Neu: Zur Mengensteuerung werden arztindividuelle Regelleistungsvolumina eingeführt
01. Jan 11	Fachärzte erhalten diagnosebezogene Fallpauschalen für aufwendige Behandlungsformen

Abbildung 5: Zeitplan zur Einführung der neuen Vergütungsreform 2008/2009¹²¹

Quelle: Internetpräsenz der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin

URL: <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

5.2.1 EBM 2008

Zum 01.01.2008 ist der neue sogenannte Pauschalen - EBM in Kraft getreten, der weitgehend eine auf Leistungspauschalen beruhende Gebührenordnung darstellt¹²², da die vertragsärztlichen Leistungen als Pauschalvergütung abgebildet werden. Dieser übernimmt die Gliederung des EBM 2000 plus, allerdings ist die Leistungsbewertung stärker pauschaliert. Der neue EBM trennt wie bisher die haus- und fachärztlichen Bereiche. Leistungen für die hausärztliche Versorgung sind als „Versichertenpauschalen“ und Leistungen für die fachärztliche Versorgung sind arztgruppenspezifisch als „Grund- und Zusatzpauschalen“ abgebildet.¹²³ Die Grundpauschale deckt diejenigen Leistungen ab, die üblicherweise von jedem Arzt bei jedem Behandlungsfall erbracht werden. Diese fasst den bisherigen Ordinations- und Konsultationskomplex, die Gesprächs-

¹²¹ Vgl. <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

¹²² Vgl. KBV: EBM 2008- Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S. 4

¹²³ Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag: Neue Vergütungssysteme, 2007, S. 11

leistungen sowie gegebenenfalls diagnostische Leistungen zusammen.¹²⁴ Die Zusatzpauschale hingegen beinhaltet Leistungen, die einen besonderen Aufwand erfordern; diese ergeben sich aus den Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers und gegebenenfalls aus dem einzelnen Behandlungsfall. Für kooperative Versorgungsformen, wie zum Beispiel MVZ oder BAG und überörtliche BAG, sind spezifische Fallpauschalen zu vereinbaren, um die Zusammenarbeit verschiedener Ärzte mit unterschiedlichen Facharzttrichtungen adäquat aufgeteilt zu vergüten. Dies ist derzeit entgegen der eindeutigen gesetzlichen Vorgabe allerdings noch nicht umgesetzt worden.

Neustrukturierung des EBM 2008

	Bereich	Maßnahmen
I	Allgemeine Bestimmungen	Anpassung VÄndG
II	Arztgruppenübergreifende Allgemeine Leistungen	Punktuelle Anpassung, Anpassung der Bewertung
III	Arztgruppenspezifische Leistungen	
IIIa	Hausärztlicher Versorgungsbereich	Neustrukturierung, Neubewertung, Zusammenfassung zu sog. Versichertenpauschalen
IIIb	Fachärztlicher Versorgungsbereich	Grundpauschalen, ggf. erste Zusatzpauschalen, Grundsätzliche Fortschreibung bzw. nur punktuelle Anpassung sonstiger bisheriger Leistungskomplexe und Leistungen, Anpassung der Bewertungen, Kostenstudien in besonderen Bereichen
IV	Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen	Punktuelle Anpassung, Anpassung der Bewertung, Neubewertung der Laborleistungen

Abbildung 6: Neustrukturierung des EBM 2008

Quelle: KV Berlin; URL: <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

Das Pauschalensystem ist unter anderem eine wesentliche Neuerung des EBM 2008 und dient als Basis für die Euro-Gebührenordnung und die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung¹²⁵, die 2009 folgt und zehn Prozent mehr Vergü-

¹²⁴ Vgl. KV Berlin: Vortrag Fachärzte: Einführung in den EBM 2008, 12/2007, S. 16

¹²⁵ Vgl. <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

tung verspricht.¹²⁶ Neben der Pauschalierung der Einzelleistungen ist die Erhöhung der Punktwerte im EBM 2008 um zehn Prozent ein wesentliches Merkmal. Jedoch ändert die Steigerung der Leistungen zunächst nichts an der Höhe des Honorars, da das Individualbudget dieses Jahr erhalten bleibt, bis es 2009 abgeschafft und durch die Regelleistungsvolumina ersetzt wird. Dennoch ist die Erhöhung von großer Bedeutung, da sich ab 2009 der Preis einer Leistung in Euro und Cent an dem Punktwert orientiert.¹²⁷

Ein weiterer Aspekt der neuen Versorgungsform ist die Verlagerung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen. Morbidität ist ein epidemiologisches Krankheitsmaß und gibt an, wie viele Individuen einer bestimmten Bevölkerung innerhalb einer bestimmten Zeit an derselben Krankheit erkrankt sind. Grundlage für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung in 2009 ist der Behandlungsbedarf, der sich nach der Zahl und der Morbiditätsstruktur in 2008 bemisst. Demzufolge muss in 2008 der Behandlungsbedarf und das dafür zu zahlende ärztliche Honorar ermittelt werden.¹²⁸ Dies erfordert eine ausführliche Dokumentation aller erbrachten Leistungen, denn höhere Morbidität bedeutet mehr Honorar.¹²⁹ Dadurch, dass der EBM 2008 stark pauschaliert worden ist, ist es umso schwieriger die Transparenz der Leistungen abzubilden. Diese wird jedoch benötigt, um die notwendigen Daten zur Bestimmung der Morbidität zu erhalten.¹³⁰ Des Weiteren spielt die Morbidität eine wichtige Rolle bei der Festlegung des Orientierungswertes, da dieser berechnet wird, indem die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung durch das Punktzahlvolumen der letzten vier Quartale (2., 3., 4. Quartal 2007 und 1. Quartal 2008) dividiert wird.¹³¹ Aufgrund dieser Berechnung ist es notwendig, dass alle niedergelassenen Ärzte eine umfassende Dokumentation ihrer erbrachten Leistungen aufweisen.

In der Vergangenheit wurde berechnet, dass ca. 40% aller niedergelassenen Ärzte im Bereich der KVNo ihre tatsächlich erzielte Punktmenge nicht dokumen-

¹²⁶ Vgl. KVNo aktuell, Ausgabe 11/2007, S. 3

¹²⁷ Vgl. KBV: EBM 2008- Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S.3

¹²⁸ Vgl. KBV: EBM 2008 – Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S.4

¹²⁹ Vgl. Vertreterversammlung der KV Nordrhein: Bericht des Vorstandes, 11/07

¹³⁰ Vgl. KBV: EBM 2008 – Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S. 4

¹³¹ Vgl. KBV: EBM 2008 – Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S. 4

tieren, um ihr Individualbudget nicht zu überschreiten. Durch die unterlassene Dokumentation tatsächlich erbrachter Leistungen könnten die Ärzte bei den Verhandlungen zur Bestimmung des Orientierungswertes ihre Verhandlungsposition jedoch verschlechtern. Die Kassen könnten auf das „künstlich“ erniedrigte Abrechnungsvolumen der Ärzteschaft verweisen und argumentieren, dass ein erhöhter Honorarbedarf für 2009 aufgrund des abgerechneten Punktvolumens nicht gegeben ist. Würde sich diese Argumentation der Krankenkassen durchsetzen, würde dies wiederum das Honorarvolumen ab 2009 verschlechtern.

5.2.2 Durchbruch 2009?

Die Honorarbudgets werden im Jahr 2009 abgeschafft, das Morbiditätsrisiko wird auf die Krankenkassen verlagert und die ärztlichen Leistungen werden nicht mehr wie bisher in Punkten, sondern direkt in Euro bewertet und vergütet.¹³² Den niedergelassenen Ärzten wird ab 2009 10% Prozent mehr Honorar zugesichert, unter anderem durch die Anpassung des kalkulatorischen Arztlohnes, der bei einer 51 Stunden-Woche von derzeit 95.553 Euro auf 105.572 Euro pro Jahr erhöht wurde.¹³³

Das neue Vergütungssystem wird völlig anders aufgebaut als das bisherige. Es wird ein Orientierungswert auf Bundesebene festgelegt, es entsteht eine neue Euro-Gebührenordnung und die Gesamtvergütung orientiert sich in Zukunft an der Morbidität der Versicherten. Um das Punktevolumen jedoch begrenzt zu halten, wird das Individualbudget abgeschafft und durch Regelleistungsvolumina ersetzt.

5.2.2.1 Bundeseinheitliche Orientierungswerte

Der Orientierungswert für den „Regelfall“ wurde erstmalig am 31. August 2008 im EBM von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbän-

¹³² Vgl. <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

¹³³ Vgl. KVNo aktuell, Ausgabe 11/07, S. 2

den der Krankenkassen in Euro festgelegt.¹³⁴ Die Orientierungswerte werden festgelegt für:

1. den Regelfall
2. bei Unterversorgung
3. bei Überversorgung.

Der Grund für diese Einteilung ist, dass der Orientierungswert Einfluss auf das Niederlassungsverhalten der Ärzte nehmen soll. Der Wert bei Unterversorgung soll den Wert im Regelfall überschreiten und der Orientierungswert bei Überversorgung soll den Wert im Regelfall unterschreiten. Dadurch sollen den niederlassungswilligen Ärzten Anreize gegeben werden, sich in den unterversorgten Bereichen niederzulassen bzw. die überversorgten Gebiete zu meiden. Auf diese Weise soll das Niederlassungsverhalten wieder ausbalanciert werden.¹³⁵ Die Orientierungswerte für den Fall der Unter- und Überversorgung werden erstmalig bis zum 31.08.2009 festgelegt.¹³⁶

Wie oben bereits angeführt dient der Orientierungswert den Kassenärztlichen Vereinigungen als Basis bei der Verhandlung der regionalen Punktwerte mit den Krankenkassen. Denn diese wiederum sind Bestandteil der regionalen Euro-Gebührenordnung, die ebenfalls im Jahre 2009 in Kraft tritt.¹³⁷ Der Orientierungswert wird folgendermaßen berechnet:

$$\frac{\text{Gesamtvergütungen 2008 + Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der GKV je Mitglied}}{\text{Punktzahlvolumen der letzten vier abgerechneten Quartale (2., 3., 4., Quartal 2007 und 1. Quartal 2008)}} = \text{Bundes-Orientierungswert}^{138}$$

¹³⁴ Vgl. § 87 Abs. 2e SGB V

¹³⁵ Vgl. § 87 Abs. 2e SGB V

¹³⁶ Vgl. § 87c Abs. 1 SGB V

¹³⁷ Vgl. KBV: EBM- Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S. 4

¹³⁸ Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag: Neue Vergütungssysteme, 2007, S. 8

5.2.2.2 Regionale Euro-Gebührenordnung

Das Vergütungssystem der Vertragsärzte ist bisher durch den floatenden Punktwert stark belastet. „Floatend“ bedeutet, dass der Punktwert von Quartal zu Quartal unterschiedlich schwankt. Der Arzt erfährt erst nach Abgabe seiner Quartalsabrechnung und demnach erst mehrere Monate nach Erbringung seiner Leistung, wie viel ein Punkt wert ist und in welcher Höhe dementsprechend sein Honorar ausfällt. Je mehr Punkte erbracht werden, desto kleiner wird der Punktwert. Dies ist sowohl von der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung als auch von der Anzahl der erbrachten Punkte aller anderen Ärzte abhängig.¹³⁹ Diese Problematik soll ab dem Jahr 2009 durch die neue Gebührenordnung verhindert werden. Denn in Zukunft sollen die Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden. Der feste Punktwert wird auf Landesebene zwischen der jeweiligen KV und den Krankenkassen auf Basis des bundeseinheitlichen Orientierungswertes vereinbart.¹⁴⁰ Zusätzlich können die jeweiligen Vertragspartner Zuschläge oder Abschläge vereinbaren, die regionale Besonderheiten berücksichtigen, was sich in der Anpassung der Orientierungswerte im Falle der Über- bzw. Unterversorgung wieder findet.¹⁴¹ Eine wesentliche Rolle spielt dabei der neu strukturierte EBM. Der vereinbarte Punktwert wird mit den Punkten im EBM für die jeweilige Leistung/Ziffer multipliziert, wobei das Ergebnis die neue Gebührenordnung in Euro darstellt.¹⁴²

Beispiel:

Die Ziffer 33042 bewertet die sonographische Leistung mit 445 Punkten. Wird nun beispielsweise ein Punktwert zwischen der KV und der KK von 5,11 Cent vereinbart, werden die 445 Punkte mit dem Cent-Wert multipliziert und es ergibt sich ein Betrag von $445 \times 0,0511 \text{ Euro} = 22,74 \text{ Euro}$. Die sonographische Leistung ist also mit 22,74 Euro zu vergüten. Auf diese Weise erhalten die Ärzte in

¹³⁹ Vgl. http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/08_03/praxgeld.html

¹⁴⁰ Vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/e/index_11494.html

¹⁴¹ Vgl. § 87a Abs. 1 SGB V

¹⁴² Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag: Neue Vergütungssysteme, 2007, S. 9

Zukunft eine sicherere und kalkulierbare Abrechnungsbasis. Sie können sich auf eine Vergütung mit festen Punktwerten verlassen und auf diese Weise nachvollziehen, wie viel eine erbrachte Leistung in Euro wert ist.

5.2.2.3 Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

Die Gesamtvergütung ist die Ausgabenobergrenze für alle vertragsärztlichen Leistungen, die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den jeweiligen KVen im Gesamtvertrag vereinbart wird. Aufgrund des nur begrenzten finanziellen Ausgabevolumens können die Ärzte entsprechend ihrem Individualbudget nur eine begrenzte Menge an Leistungen erbringen. Dies wird sich voraussichtlich auch dann prinzipiell nicht ändern, wenn die Individualbudgets ab 2009 durch die Regelleistungsvolumina ersetzt werden und das Morbiditätsrisiko auf die Krankenkassen übertragen wird, solange die Gesamtvergütung gedeckelt bleibt. Zukünftig orientiert sich die Gesamtvergütung unter anderem am Behandlungsbedarf der Versicherten.

Dies wird in Zukunft folgendermaßen geregelt:

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird jährlich zum 31. Oktober auf Landesebene unter Berücksichtigung folgender Punkte vereinbart:

- der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten
- die Bewertung erfolgt mit dem jährlich zu vereinbarenden Punktwert auf Basis des bundeseinheitlichen Orientierungswertes
- die Ergänzungen, die einen nicht vorhersehbaren Anstieg des morbiditätsorientierten Behandlungsbedarfs berücksichtigen.¹⁴³

Alle Leistungen, die innerhalb der vorgegebenen Gesamtvergütung erbracht werden, sind mit der Euro-Gebührenordnung zu vergüten; alle Leistungen die darüber hinausgehen, weil zum Beispiel eine nicht vorhersehbare Grippewelle auftritt und wesentlich mehr Patienten den Arzt aufsuchen müssen, sollen eben-

¹⁴³ Vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_02239.html und § 87a Abs. 3 SGB V

falls mit den Preisen in der Euro-Gebührenordnung vergütet werden.¹⁴⁴ Diese Leistungen sind dann zeitnah, jedoch spätestens im Rahmen der nächsten Abrechnung zu vergüten. Allerdings beschließt der Bewertungsausschuss ein Verfahren, um den Umfang des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs bestimmen zu können.¹⁴⁵ Somit trägt nicht mehr der einzelne Arzt das Risiko der Mengenausweitung durch nicht vorhersehbare Ereignisse, sondern die Last wird auf die Krankenkassen verlagert.

Liegt der Fall vor, dass Leistungen KV-übergreifend erbracht werden, so sind die Leistungen mit den Preisen derjenigen KV zu vergüten, in der der Arzt Mitglied ist.

Beispiel:

Ein nordrheinwestfälischer Skifahrer bricht sich in Bayern den Fuß und wird in München von einem bayerischen Arzt behandelt.

In diesem Fall wird die Gebührenordnung der KV, in der der Arzt Mitglied ist, zugrunde gelegt.

Es wird nicht die Gebührenordnung des Bundeslandes zugrunde gelegt, aus dem der Patient stammt.¹⁴⁶

5.2.2.4 Regelleistungsvolumina

Aufgrund der neuen Euro-Gebührenordnung, die 2009 eingeführt werden soll, sind anstelle des bisherigen Individualbudgets arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina festzulegen. Diese sollen eine übermäßige Mengenausweitung der Leistungen verhindern. Ursprünglich war die Einführung der RLV zum 01.01.2007 angesetzt worden, allerdings musste die Einführung auf den 01.01.2009 vertagt werden, da notwendige Beschlüsse durch den Bewertungsausschuss nicht rechtzeitig getroffen worden waren.¹⁴⁷

¹⁴⁴ Vgl. § 87a Abs. 3 SGB V

¹⁴⁵ Vgl. § 87a Abs. 5 Nr.1 SGB V

¹⁴⁶ Vgl. § 87a Abs. 3 SGB V

¹⁴⁷ Vgl. http://www.aok-bv.de/lexikon/r/index_02382.html

Die Regelleistungsvolumina beschreiben die Obergrenze, bis zu der ein Arzt bzw. eine Arztpraxis Leistungen erbringen und abrechnen darf.¹⁴⁸ Die Leistungen innerhalb des RLV sind auf Basis der regional geltenden Euro-Gebührenordnung zu vergüten.¹⁴⁹ Werden mehr Leistungen erbracht als das RLV vorgibt, so werden die darüber hinausgehenden Leistungen mit abgestaffelten Preisen vergütet. Das RLV orientiert sich ebenfalls an der Morbidität der Versicherten. Tritt nun der Fall auf, dass die Morbidität beispielsweise durch eine nicht vorhersehbare Grippewelle ansteigt und es demzufolge zu einer Nachzahlung an die Ärzte kommt, so sind die RLV für den nächsten Abrechnungszeitraum entsprechend anzupassen. Wenn Leistungen besonders gefördert werden sollen, weil sie zum einen medizinisch notwendig sind, zum anderen aufgrund besonderer Umstände erforderlich werden, so können diese auch außerhalb des RLV vergütet werden.¹⁵⁰

Der Bewertungsausschuss hat erstmalig zum 31.08.2008 das Verfahren zur Berechnung und Anpassung der RLV beschlossen.¹⁵¹ Im Vorfeld sind auf KBV-Ebene drei hypothetische Modelle diskutiert worden, die im Folgenden mit ihren jeweiligen Vor- und Nachteilen skizzenhaft vorgestellt werden.

5.2.2.5 Zeitbezogene Regelleistungsvolumina

- In diesem Modell wird auf der Basis des Standardbewertungssystems jedem Arzt ein definiertes Zeitvolumen zugeordnet.
- Alle Leistungen innerhalb des Zeitvolumens werden mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet
- Über den definierten Zeitraum hinaus erbrachte Leistungen werden mit abgestaffelten Preisen vergütet

¹⁴⁸ Vgl. § 87b Abs. 2 SGB V

¹⁴⁹ Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag: Neue Vergütungssysteme, 2007, S. 12

¹⁵⁰ Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag; Neue Vergütungssysteme, 2007, S.13

¹⁵¹ Vgl. § 87b Abs. 4 SGB V

Diskutierte Überlegungen zur Bewertung des zeitbezogenen RLV Modells sind:

Pro:

- Es ist ein einfaches Modell
- Die Logik der Mengensteuerung mittels zeitbezogener RLV ist den Vertragsärzten einfach zu vermitteln

Contra:

- Bezug zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf der Basis des durchschnittlichen Leistungsbedarfs je Versicherten ist offen
- Zeitintensive Betreuung des Patienten wird nicht belohnt
- Das Problem der delegierbaren Leistungen ist nicht gelöst
- Inhomogenes Ausfüllen der zeitbezogenen RLV ist arztgruppenspezifisch und arztindividuell zu analysieren

5.2.2.5 Gestaltung der RLV bei Pauschalierung

- Hoch pauschalierte Leistungen, wie zum Beispiel die Grund-, Versicherten- oder Zusatzpauschale sind außerhalb des RLV zu vergüten, da deren Abrechnung nicht beliebig gesteigert werden kann → Pauschalierung als Mengensteuerung

Pro:

- Auflösung der doppelten Mengensteuerung durch Pauschalierung einerseits und RLV andererseits; damit ist gemeint, dass sowohl die Pauschalierung als auch das RLV zwei unterschiedliche Mengensteuerungselemente sind. Würde die Pauschalierung in das RLV mit einbezogen werden, so wäre dies eine doppelte Mengensteuerung. Da die Pauschalen außerhalb des RLV vergütet werden, erfolgt keine doppelte Mengensteuerung

Contra:

- Bedeutung des RLV-Modells wird minimiert, da nur die restlichen Einzelleistungen innerhalb des RLV vergütet werden
- Fallzahlbeschränkung der Einzelleistungen innerhalb des RLV wird vermutlich notwendig sein
- Vergütung der Pauschalen außerhalb des RLV hat in den Verhandlungen mit den Krankenkassen nur geringe Chancen

5.2.2.5 Gestaltung der RLV bei Ablösung des Individualbudgets

- Fallzahlabhängiges RLV
- arztindividuelle oder arztgruppenbezogene Festlegung einer Fallpunktzahl auf Basis der bisherigen Abrechnung
- Fallzahlobergrenze und Abstufung der Fallpunktzahl ist vorzusehen
- Bei arztgruppenbezogener Festlegung der Fallpunktzahlen sind arztindividuelle Abweichungen bis zu einer festzulegenden Grenze zuzulassen (Ausgleichsindex)
- RLV-Punktwert und Abstufungspunktwert sind vorzugeben
- Resultierendes Honorarvolumen gegebenenfalls ohne Fachgruppentöpfe ist der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegenüberzustellen
- Entsprechende Quotierung der Honorierung der Ärzte, wenn die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung kleiner ist als erwartet
- Differenz zwischen dem Honorarvolumen und der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ist als nicht vorhersehbarer morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf mit den Krankenkassen zu verhandeln; dies bedeutet, wenn die Quote ergibt, dass der Arzt seine Leistungen nicht zu 100% honoriert bekommt, sondern beispielsweise nur zu 80%, dann sind die restlichen 20% als nicht vorhersehbarer Behandlungsbedarf zu betrachten und mit den Krankenkassen zu verhandeln

- Verhandlungsergebnis verringert nachträglich die Quotierung bei jedem Arzt

Pro

- Modell ist sehr praktikabel
- Umverteilung zwischen den Ärzten und Arztgruppen wird minimiert durch einen gemeinsamen Honorartopf sowohl für Haus- als auch Fachärzte
- Ohne Arztgruppenbezug kann durch große Überschreitung der RLV die fiktive Arztgruppenvergütung gesteigert werden

Contra

- Quotierung des Honorars des Arztes lässt keine Planungssicherheit zu, da das Ausmaß der Quotierung vom Verhalten der anderen Ärzte – sowohl arztgruppenspezifisch als auch arztgruppenübergreifend – abhängig ist¹⁵²

Unabhängig von den einzelnen Modellvarianten sind gemäß § 87b Abs. 3 SGB V folgende Vorgaben zu berücksichtigen:

- die Summe der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für die jeweilige KV
- zu zahlende Kosten für die überbezirkliche Durchführung von Behandlungen (Fremdarztfälle)
- zu erwartende Zahlung für diejenigen Leistungen, die mit abgestaffelten Preisen vergütet werden bzw. diejenigen, die außerhalb der RLV entlohnt werden müssen
- die Zahl und der Tätigkeitsumfang der jeweiligen Ärzte einer bestimmten Arztgruppe.

¹⁵² Vgl. KBV: Regelleistungsvolumina Modelle, 04/2008

Praxisbesonderheiten können ebenfalls mit in die Bewertung einfließen. Die Werte für das RLV müssen sowohl nach Arztgruppen und Versorgungsgraden festgelegt werden; auch besondere Kooperationsformen müssen in der Bewertung Berücksichtigung finden. Diese können gegebenenfalls einen höheren Aufwand erfordern, beispielsweise für den Fall der Zusammenarbeit mit mehreren fachübergreifenden Ärzten in einem Behandlungsfall.

Die unterschiedlichen Arztgruppen werden definiert nach Hausärzten und Fachärzten, dies bedeutet, dass hausärztliche Leistungen nur von Hausärzten und fachärztliche Leistungen nur von Fachärzten erbracht und abgerechnet werden dürfen. Die Leistungen der Fachärzte sind demzufolge auch den einzelnen Facharztgruppen zuzuordnen.¹⁵³ Der Grund dafür ist, dass der EBM weiterhin die Leistungen in Facharzttopf und Hausarzttopf trennt.¹⁵⁴

Die Morbidität wird nach den Kriterien „Alter“ und „Geschlecht“ des Versicherten bestimmt.

¹⁵³ Vgl. § 87 Abs. 2a SGB V

¹⁵⁴ Vgl. KVNo/Brautmeier: Vortrag: Neue Vergütungssysteme, 2007, S. 11

Der erweiterte Bewertungsausschuss hat zwischenzeitlich in seiner Sitzung vom 27. und 28. August 2008 zur Berechnung und Anpassung von Regelleistungsvolumina folgenden Beschluss gefasst, der die Basis der künftigen Vergütung darstellen wird:

Teil F

Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V mit Wirkung zum 01. September 2008

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit gibt der Gesetzgeber für die Vergütung der Ärzte arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen in § 87b SGB V vor. Auf der Basis dieser Vorgaben beschließt der Erweiterte Bewertungsausschuss das folgende Verfahren zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V.

1. Grundsatz der Vergütung der Ärzte

1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen

Die Vergütung der Ärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus der Multiplikation der im zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Anlage 2 Nr. 2 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und dem die Regelleis-

tungsvolumen überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs ermittelt wird.

1.2 Bezugsgrößen der Regelleistungsvolumen

1.2.1 Quartalsbezug

Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

1.2.2 Arztbezogene Ermittlung

Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

1.2.3 Tätigkeitsumfang eines Arztes

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

1.2.4 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen und Abrechnung

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Erweiterter Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 4 SGB V - 7. Sitzung, 27./28. August 2008 Seite 12 von 27 Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen zu Berufsausübungsgemein-

schaften überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

2. Umfang des von den Regelleistungsvolumen umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung

2.1 Ärzte und Arztgruppen

Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt.

2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

2.3 Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

3. Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen

3.1 Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumen

Gemäß § 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V stellt die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 5. die Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen dar. Für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V sowie
- unter Abzug der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen
- unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 (erhöhtes Volumen gemäß Beschluss Teil D) anzupassen.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen (RLVVG) verwendet.

3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wie folgt gemindert:

- um 25 % für Fälle über 150 % bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
- um 50 % für Fälle über 170 % bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,

- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 2 zu ermitteln.

3.3 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Beschluss Teil E festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungs quartale nach den angeforderten Leistungen.

3.4 Kriterien zur Ausnahme von der Abstaffelung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

- Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
 - Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
 - Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
 - Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis

- *eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.*

3.5 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Die Partner der Gesamtverträge beschließen für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Sofern nichts entsprechend Anderes vereinbart wurde, gilt für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal.

3.6 Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

3.7 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht

fortgeführt haben. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

3.8 Information durch die Kassenärztliche Vereinigung

Die Kassenärztliche Vereinigung informiert quartalsweise die Krankenkassen über die Zuweisung der Regelleistungsvolumen an den Arzt oder Arztpraxis gemäß 3.2 bis 3.7.

4. Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

4.1 Anwendungsbereich

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 1 werden für

- *Psychologische Psychotherapeuten*
- *Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten*
- *Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie*
- *andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien*

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern. Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergütet.

4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2.

5. Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

Die Partner der Gesamtverträge können die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen kassen- oder kassenartenbezogen durchführen, wenn eine Krankenkasse oder die gesamte Kassenart Verträge gemäß §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V abgeschlossen hat. Die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen erfolgt dann je Arzt getrennt für die beteiligte Arztgruppe und beteiligte Kasse bzw. Kassenart. Für die übrigen Krankenkassen werden arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen gemeinsam und einheitlich je Arzt ermittelt und festgesetzt.

Kommt eine Einigung zwischen den Partnern der Gesamtverträge gemäß Satz 1 nicht zu Stande, sind im Fall von Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V die Regelleistungsvolumen der teilnehmenden Ärzte praxisindividuell um die mit der Zahl der Versicherten und dem jeweiligen Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73

b Abs. 3 bzw. mit den jeweiligen Versorgungsaufträgen nach § 73 c Abs. 3 und § 140 a SGB V verbundenen einzelvertraglichen Leistungen zu vermindern. Das Institut gem. § 87 Abs. 3b SGB V wird beauftragt, bis zum 30. September 2008 einen Vorschlag für die erforderlichen Berechnungsgrundlagen zu entwickeln.

6. Weiterentwicklung der Regelleistungsvolumen

Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen des mit Wirkung zum 01. Januar 2009 erstmalig vorgegebenen Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen überprüfen und ggf. weitergehende Beschlüsse fassen. Dabei berücksichtigt der Bewertungsausschuss insbesondere

- *die Entwicklung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und die Auswirkung der gesetzlichen Vorgabe in § 87a Abs. 3a SGB V zur Anerkennung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung sowie*
- *die Einführung der Punktwerte bei Unter- und Überversorgung ab dem 01. Januar 2010 in seiner Beschlussfassung bis zum 31. August 2009.*

Die Zuweisung der arzt- und praxisbezogenen RLV erfolgte erstmalig am 30. November 2008 und ist Aufgabe der KV auf Landesebene. Die darauf folgende neue Höhe des RLV wird spätestens vier Wochen vor Beginn des neuen Abrechnungszeitraumes dem Arzt bzw. der jeweiligen Arztpraxis mitgeteilt. Kann das RLV nicht zeitnah und in dem vorgegebenen Zeitraum bestimmt und mitgeteilt werden, so gilt das RLV aus dem vorherigen Bemessungszeitraum. Die Zuweisung des RLV beinhaltet die genaue Leistungsmenge sowie die Preise der Leistungen, die außerhalb des RLV bezahlt werden.¹⁵⁵

¹⁵⁵ Vgl. § 87b Abs. 5 SGB V

5.2.2.5 So funktionieren die Regelleistungsvolumen – ein Beispiel aus dem Bereich der KVNO

Die KVNO hat in der „KVNO aktuell“, Heft November 2008, die Funktionsweise der RLV wie folgt weitergehend erläutert:¹⁵⁶

Die Honorarreform führt zu einer neuen Systematik der Honorarverteilung. Bundesweit bestimmen ab Anfang 2009 Regelleistungsvolumen die Abrechnung der Praxen.

Die Gesamtvergütung wird auch in 2009 im Wesentlichen aus zwei Teilen bestehen. Einen Teil vergüten die Krankenkassen als Einzelleistungen. Dazu kommt der Anteil, der von der Höhe her begrenzt ist: die sogenannte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Einheitlicher Punktwert von 3,5001 Cent

Ähnlich wie bei den Individualbudgets gibt es ab 2009 eine Vielzahl von Leistungen, die die Praxen nur bis zu einer bestimmten Menge abrechnen können. Dabei ist die Höhe der Vergütung allerdings fest: bundesweit einheitlich liegt der Punktwert bei 3,5001 Cent. Mit diesem Punktwert werden die Leistungen, die dem Regelleistungsvolumen unterliegen, bis zur Höhe des Regelleistungsvolumens vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen bezahlen die Krankenkassen nur abgestaffelt.

Wie bisher gibt es aber auch Leistungen, die als Einzelleistungen bezahlt werden. Deren Punktwerte werden derzeit verhandelt. Weiterhin gibt es Leistungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, aber aus der gedeckelten Gesamtvergütung gezahlt werden. Diese Leistungen werden grundsätzlich

¹⁵⁶ KVNO aktuell, Heft November 2008

mit 3,5001 Cent vergütet. Einige Bereiche werden allerdings im EBM höher bewertet, darunter die Akupunktur und die Schmerztherapie.

Die Individualbudgets gibt es noch bis Ende 2008. Dann kommen die Regelleistungsvolumen (RLV). Wie hoch diese sind, hängt von den Abrechnungsdaten der Vergangenheit ab. Die KV Nordrhein hat die Praxen Anfang Dezember darüber unterrichtet, wie hoch ihr jeweiliges RLV ist.

Diese Information gibt es nun für jedes Quartal, jeweils einen Monat vor Beginn desselben. Die Höhe des RLV des zweiten Quartals 2009 teilt die KV den Praxen also Ende Februar mit, Ende Mai 2009 erfahren die Praxen, wie hoch das RLV im dritten Quartal ist usw.

Wie berechnet sich das RLV?

Wie die RLV berechnet werden, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Ende August fixiert. Grundsätzlich ist die Rechnung einfach: Das Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der praxisindividuellen Fallzahl. Den fachspezifischen Fallwert zu ermitteln, verlangt indes von der KV Nordrhein einiges an Aufwand.

Die RLV-relevante Fallzahl ist dabei die Zahl der kurativen Behandlungsfälle; ausgenommen sind Fälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden. Ebenfalls ausgenommen sind Fälle, in denen Praxen ausschließlich Leistungen abgerechnet haben, die nicht dem RLV unterliegen.

Zur Ermittlung des RLV für die einzelne Praxis multipliziert die KV Nordrhein den fachgruppenspezifischen Fallwert mit der RLV-relevanten Fallzahl der Praxis. Die Fallzahl wird je Praxis auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt.

Achtung: Abstufung

Kompliziert wird die Berechnung durch die vom Bewertungsausschuss vorgegebene Abstufungsregelung. Demnach werden Fälle, die mehr als 50 Prozent über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, nur eingeschränkt berücksichtigt. Das RLV berechnet sich wie folgt:

- Fallzahlen bis 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 100 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl
- Fallzahlen von 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 75 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl
- Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 50 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl
- Fallzahlen von über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 25 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl

Um die unterschiedliche Altersklassenverteilung der Patienten zu berücksichtigen, wird das RLV darüber hinaus noch je nach Alter der Patienten praxisindividuell gewichtet.

Beispiel-Praxis Dr. Mustermann

Ein Beispiel: Liegt der RLV-Fallwert einer Fachgruppe bei 35 Euro, so beträgt die Abstufung ein Viertel für die Fälle, die 50 bis 70 Prozent über dem Fachgruppendurchschnitt liegen. In der Praxis von Dr. Mustermann werden diese Fälle also nur mit 26,25 Euro in die Berechnung des RLV einbezogen.

Für die Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fachgruppen-Fallzahl liegt die Abstufung bei 50 Prozent. Der Fallwert liegt somit bei 17,50 Euro. Übersteigt die Fallzahl den Durchschnitt der Fachgruppe um mehr als das Doppelte, werden diese Fälle um 75 Prozent abgestuft. Der Fallwert für diese Fälle liegt somit nur noch bei 8,75 Euro.

Wir gehen in dem Beispiel weiter davon aus, dass im ersten Quartal 2008 die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe 800 Fälle betrug. Die Fallzahl von Dr. Mustermann lag in diesem Quartal deutlich über dem Schnitt, zum Beispiel bei 1.800 Fällen. Das RLV würde sich nun wie folgt berechnen:

- 150 Prozent der Durchschnitts-Fallzahl der Arztgruppe sind 1.200 Fälle
- zwischen 150 und 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 160 Fälle
- zwischen 170 und 200 Prozent sind 240 Fälle
- über 200 Prozent sind noch 200 Fälle

Das RLV liegt folglich bei:

$$\begin{aligned} & 35,00 \text{ Euro} \times 1.200 \\ & + 26,25 \text{ Euro} \times 160 \\ & + 17,50 \text{ Euro} \times 240 \\ & + 8,75 \text{ Euro} \times 200 \\ & = 52.150 \text{ Euro.} \end{aligned}$$

Die Praxis Dr. Mustermann versorgt schließlich mehr Rentner als der Durchschnitt der anderen Praxen. In solchen Fällen wird ein so genannter individueller Gewichtungsfaktor angesetzt, hier von 1,1. Das RLV beträgt also 52.150 Euro $\times 1,1 = 57.365$ Euro.

Wenn diese Praxis nun RLV-Leistungen für 60.000 Euro abrechnet, dann werden 57.365 Euro voll gemäß des EBM mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent vergütet. Für die über das RLV hinausgehenden Leistungen setzt

die KV Nordrhein den Abstufungspunktwert der Fachgruppe an, der je nach Menge floatet.

Vergütung von Einzelleistungen

Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen, werden als Einzelleistung oder aus der Gesamtvergütung bezahlt. Welche Leistungen die Kassen mit festem Punktwert ohne Mengenbeschränkung außerhalb der Gesamtvergütung zahlen, verhandeln Kassen und KV Nordrhein zurzeit.

Zu den Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen, gehören nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses

- Präventionsleistungen
- Gesundheitsuntersuchungen
- Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen
- hausarztzentrierte Versorgung
- Substitutionsbehandlung
- Strahlentherapie
- belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 und EBM-Nrn. 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Hautkrebsscreening
- Vakuumstanzbiopsien
- phototherapeutische Keratektomie
- künstliche Befruchtung
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- psychotherapeutische Leistungen
- ambulante Operationen (Kapitel 31 EBM) und die EBM-Nrn. 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520
- besondere Inanspruchnahme (EBM-Nrn. 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- dringende Besuche (EBM-Nrn. 01411, 01412, 01415)
- Akupunktur des EBM-Abschnitts 30.7.3

- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
- Labor-Untersuchungen des Kapitels 32
- Laborkosten und Laborwirtschaftlichkeitsbonus (EBM-Nr. 35001)
- diagnostische Radiologie (34210 bis 34297), soweit nicht von Radiologen erbracht
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (03241 und 04241)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (13437, 13438, 13439, 13677)

Weiterhin zählen dazu regionale Vereinbarungen und Sonderverträge wie die Onkologievereinbarung und die Sozialpsychiatrievereinbarung.

Sämtliche dieser Leistungen werden im EBM künftig mit festen Preisen vergütet. Die Vergütungshöhe ergibt sich durch Multiplikation der Punktzahl mit dem Orientierungspunktwert. Akupunktur-Leistungen, Schmerztherapie und ambulante Operationen werden ab Anfang 2009 höher bewertet. Die Änderungen werden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Haus- und Facharztleistungen außerhalb der RLV

Hausärzte können zudem folgende Leistungen außerhalb der RLV abrechnen:

- Sonographie (33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092)
- Psychosomatik (35100 und 35110)
- Prokto- / Rektoskopie (03331 bzw. 04331)
- Kleinchirurgie (02300 bis 02302)
- Langzeit-EKG (03322 bzw. 04322)
- Langzeit-Blutdruckmessung (03324 bzw. 04324)
- Spirometrie (03330 bzw. 04330)

- Ergometrie (03321 bzw. 04321)
- Chirotherapie (Abschnitt 30.2 EBM)

Fachärzte können nach Beschluss des Bewertungsausschusses außerhalb ihrer RLV abrechnen:

- ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (01510 bis 01531)
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (10320 bis 10324)
- Histologie, Zytologie (19310 bis 19312, 19331)
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (26330)
- Polysomnographie (30901)
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der EBM-Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (12210 und 12225)

Fachgruppen und Fallwerte

Für folgende Fachgruppen hat der Bewertungsausschuss eigene Fallwerte beschlossen:

- Allgemeinmediziner / Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten
- Kinder- und Jugendmediziner
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- Gynäkologen mit Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- HNO-Ärzte
- Dermatologen
- Humangenetiker
- Facharzt-Internisten ohne Schwerpunkt

-
- Angiologen
 - invasiv tätige Angiologen
 - Endokrinologen
 - Gastroenterologen
 - Hämato-/Onkologen
 - Kardiologen
 - invasiv tätige Kardiologen
 - Pneumologen
 - Rheumatologen
 - Nephrologen
 - Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten
 - MKG-Chirurgen
 - Nervenärzte
 - Neurologen
 - Nuklearmediziner
 - Orthopäden
 - Phoniater und Pädaudiologen
 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 Prozent
 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 Prozent
 - Radiologen ohne CT und MRT
 - Radiologen mit CT
 - Radiologen mit MRT
 - Radiologen mit CT und MRT
 - Urologen
 - Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
 - Schmerztherapeuten

Der fachgruppenspezifische Fallwert

Den fachgruppenspezifischen Fallwert errechnet die KV Nordrhein in fünf Schritten.

Schritt 1: Bei der Ermittlung des Fallwertes steht die Höhe der sogenannten vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2009 am Anfang des Rechenweges. Diese Gesamtvergütung muss noch um den geschätzten Fremdkassenzahlungsausgleich verändert werden. Anschließend werden die prognostizierten Zahlungen für Leistungen abgezogen, die weder dem hausärztlichen noch dem fachärztlichen Vergütungsanteil zuzuordnen sind, zum Beispiel die Zahlungen für Notfalleistungen der Krankenhäuser.

Schritt 2: Die so bereinigte Gesamtvergütung wird in ein hausärztliches und ein fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt. Dabei beziehen sich KV und Kassen auf die Honoraranteile des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Veränderungen des EBM 2008.

Schritt 3: Aus dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Topf stellt die KV Nordrhein drei Prozent für Leistungen zurück, die das RLV überschreiten. Weiterhin werden Gelder für neue Ärzte und Psychotherapeuten, für Praxisbesonderheiten oder für den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten zurückgestellt. Außerdem zieht die KV Zahlungen für die Leistungen ab, die nicht den RLV unterliegen. Dazu zählen beispielhaft die Leistungen im organisierten Notfalldienst, ambulante Operationen, dringende Besuche, die Laborkosten und der Laborwirtschaftlichkeitsbonus. Übrig bleibt das so genannte RLV-Vergütungsvolumen.

Schritt 4: Das RLV-Vergütungsvolumen für Haus- und Fachärzte teilt die KV nun je Arztgruppe auf. Grundlage sind die Summen der RLV-relevanten Leistungen aus dem Jahr 2007, angepasst um die Effekte aus dem EBM 2008. Das Ergebnis dieser Berechnung ist das RLV-Vergütungsvolumen je Fachgruppe.

Schritt 5: Je Fachgruppe teilt die KV das RLV-Vergütungsvolumen durch die Fallzahl der Arztgruppe. Dies geschieht für jedes Quartal. Das Ergebnis ist der fachgruppenspezifische Fallwert.

5.2.2.6 Beispiel eines RLV-Bescheides aus dem Bereich der KVNO

Festsetzung der Regelleistungsvolumen (RLV) 1. Quartal 2009

Betriebsstätten-Nr. (BSNR) 381920000	Seite:
---	--------

Regelleistungsvolumen der Betriebsstätte in EUR	54.085,50
--	------------------

Regelleistungsvolumen (RLV) der Praxis; bei Gemeinschaftspraxen als Summe der RLV der einzelnen Ärzte

	Name, Vorname: Dr. Mustermann	Arztnummer (LANR) 99999903
A 1	Arzt- bzw. LE-bezogene Angaben	
1.1	Register-Nr.	2700000
1.2	Niederlassungsdatum	
1.3	RLV-Arztgruppe (Text)	Allgemeinmedizin, Praktischer Arzt, Innere Medizin hausärztlich
A 2	Ermittlung des RLV und Abstufung	
2.1	Fallwert der Arztgruppe in EUR	35,00
2.2	durchschnittliche RLV-relevante Fallzahl der RLV-Arztgruppe	800
2.3	abgestaffelter Fallwert zwischen 150 bis 170% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	26,25
2.4	abgestaffelter Fallwert zwischen 170 bis 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	17,50
2.5	abgestaffelter Fallwert über 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe	8,75
2.6	individuelle RLV-relevante Fallzahl	1.900
2.7	Überschreitung der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe absolut	1.100
2.8	Überschreitung der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe in %	237,50%
2.9	davon	
2.10	Fallzahlen bis 150%	1.200
2.11	Fallzahlen zwischen 150 und 170%	160
2.12	Fallzahlen zwischen 170 und 200%	240
2.13	Fallzahlen über 200%	300
2.14	RLV für Fallzahlen bis 150% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.1 x 2.10)	42.000,00
2.15	RLV für Fallzahlen zwischen 150 bis 170% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.3 x 2.11)	4.200,00
2.16	RLV für Fallzahlen zwischen 170 bis 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.4 x 2.12)	4.200,00
2.17	RLV für Fallzahlen über 200% der durchschn. Fallzahl der Arztgruppe (2.5 x 2.13)	2.625,00
2.18	Regelleistungsvolumen in EUR (2.14 + 2.15 + 2.16 + 2.17)	53.025,00
2.19	Förderung für arztgruppen- und schwerpunktleiche BAGs in Höhe von 10% (Faktor 1 = keine Förderung - Faktor 1,1 = Förderung 10%)	1,00
2.20	Regelleistungsvolumen inkl. Förderung in EUR (vorläufig) (2.18 x 2.19)	53.025,00
A 3	Berücksichtigung der Versichertenstruktur	
3.1	Vorläufiges Regelleistungsvolumen Arzt in EUR gem. 2.20	53.025,00
3.2	Gewichtungsfaktor Versichertenstruktur	1,02
3.3	Regelleistungsvolumen Arzt in EUR insgesamt (3.1 x 3.2)	54.085,50

Fallwert der Arztgruppe für I/09

Fälle, die mehr als 50 % über dem Durchschnitt der Arztgruppe liegen, werden abgestuft berücksichtigt.

individuelle RLV-relevante Fallzahl aus dem Vorjahresquartal

10%-iger Zuschlag, falls Arzt in fach- und/oder schwerpunktleicher Gemeinschaftspraxis arbeitet (Faktor Einzelpraxis: 1,00; Faktor Gemeinschaftspraxis: 1,10)

Berücksichtigung der Altersstruktur der Patienten in der Praxis

individuelles RLV

Abbildung 7: RLV-Bescheid KVNO

Quelle: KVNO aktuell, Heft 12/2008

5.2.3 Zeitplan 2010 - 2012

Die neue Euro-Gebührenordnung ab 2009 soll für den Regelfall, den Fall der Unter- als auch für den Fall der Überversorgung die jeweiligen Preise enthalten. Die Preise für den Regelfall werden erstmalig im August 2008 auf Basis des bundeseinheitlichen Orientierungswertes festgelegt und gelten ab 2009. Hingegen werden die Preise für den Fall der Unter- beziehungsweise Überversorgung erstmalig am 31.10.2009 für das Jahr 2010 festgelegt. Grundlage ist der zuvor am 31.08.2009 festgelegte bundeseinheitliche Orientierungswert für 2010. Diese Preise sollen eine steuernde Wirkung auf das Niederlassungsverhalten der Ärzteschaft haben, sodass Ärzte einen Anreiz bekommen sich in unterversorgten Bereichen niederzulassen und im Gegenzug einen höheren Punktwert erwarten können.¹⁵⁷ Ob dies ein tatsächlicher Anreiz für Ärzte sein wird, bleibt bis zum Jahr 2012 abzuwarten. Bis zum 31. März 2012 muss der Bewertungsausschuss dem Bundesministerium für Gesundheit einen Bericht vorlegen, inwieweit die speziellen Preise für die Fälle der Unter- und Überversorgung einen Einfluss auf das Niederlassungsverhalten der Ärzteschaft von 2010 gehabt haben. Auf Basis des Berichtes hat das BMG bis zum 30. Juni 2012 dem deutschen Bundestag eine Empfehlung auszusprechen, ob die Einführung der Punktwerte für den Fall der Unter- und Überversorgung eine positive Wirkung auf das Niederlassungsverhalten der Ärzteschaft hatte und ob demzufolge die bisherigen Zulassungsbeschränkungen aufgehoben werden können.¹⁵⁸

Ab 2009 orientiert sich die Gesamtvergütung an dem Behandlungsbedarf aller Versicherten der GKV. Um die Morbidität der Versicherten bemessen zu können, hat der Bewertungsausschuss bis zum 30. Juni 2009 diagnosebezogene Risikoklassen für Versicherte mit vergleichbarem Behandlungsbedarf zu bilden.¹⁵⁹

¹⁵⁷ Vgl. § 87c Abs. 1 und 3 SGB V

¹⁵⁸ Vgl. § 87 Abs. 7 SGB V

¹⁵⁹ Vgl. KBV: EBM 2008 – Ein Meilenstein für die Zukunft, 12/07, S. 15

Ab 2011 sollen für Fachärzte arztgruppenspezifische diagnosebezogene Fallpauschalen gelten. Diese speziellen Fallpauschalen sollen die Behandlung von Versichertengruppen mit erheblichem therapeutischem Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten umfassen.¹⁶⁰ Diese werden bis zum 31.10.2010 vereinbart. Fraglich ist, ob die diagnosebezogenen Fallpauschalen eventuell eine Alternative zu den derzeitigen Zusatzpauschalen darstellen werden.

In der folgenden Abbildung sind die einzelnen Daten mit ihren jeweiligen Ereignissen nochmals tabellarisch zusammengefasst.

Zeitplan 2009 - 2012	
30.06.2009	Bildung der diagnosebezogenen Risikoklassen
bis zum 31.10.2009	Festlegung Punktwerte für Unter- und Überversorgung
ab 01.01.2010	Preise für Unter- und Überversorgung gelten
bis zum 31.10.2010	Vereinbarung der diagnosebezogenen Fallpauschalen
ab 01.01.2011	Diagnosebezogene Fallpauschalen gelten
31.03.2012	Berichterstattung des Bewertungsausschusses an das BMG über Niederlassungsverhalten der Ärzte
bis zum 30.06.2012	Berichterstattung des BMG an den Deutschen Bundestag, ob zukünftig Verzicht auf Zulassungsbeschränkungen möglich ist

Abbildung 8: Zeitplan der Jahre 2009 – 2012

Quelle: Eigene Darstellung

¹⁶⁰ Vgl. KV Berlin: Vortrag Fachärzte: Einführung in den EBM 2008, 12/2007, S. 15

6 Schlussbetrachtung

Es gibt zunächst zahlreiche Gründe, sich für eine kooperative Berufsausübung zu entscheiden. Vorteile liegen zum Beispiel in der gemeinsamen Nutzung von Praxisinfrastruktur, wie Empfang, Personal, Behandlungsräume, Gerätschaften etc. Hierdurch lassen sich bis zu einem gewissen Grad Gewinnoptimierungen bei steigendem Kostendruck erreichen. Durch gemeinsame fachübergreifende Patientenbehandlung ergeben sich vorteilhafte Optionen für den Patienten beispielsweise durch kurze Wege, Terminplanoptimierung, umfassendere ärztliche Kompetenz etc. Für den Arzt in einem MVZ-Team bietet sich eine breiter gefächerte Arbeitsteilung und Arbeitszeitplanung. Ein auf mehreren Schultern verteiltes Behandlungskonzept bietet deutlich mehr strukturierte Effizienz. Ärztliche Berufsausübung und Verantwortungsaufteilung sind in einer Gemeinschaft unproblematischer zu realisieren als in einer Einzelpraxis. Bisher konnten Ärzte bereits durch die Kooperation in Form einer örtlichen BAG von den gerade angeführten Vorteilen profitieren. Im Falle eines Zusammenschlusses bedeutete dies aber, dass zumindest einer der Partner mit der gesamten Praxis hätte umziehen müssen. Hingegen ist es seit 2007 möglich, auch in der Form einer überörtlichen BAG zu kooperieren, sodass alle Kooperationspartner ihren Praxisstandort beibehalten können.

Wie sieht die Kooperation jedoch aus Sicht der Vergütung und Abrechnung aus? Es ist festgestellt worden, dass der Honorarverteilungsvertrag lediglich die Honorartöpfe in den fachärztlichen und hausärztlichen Bereich trennt und keine speziellen Regelungen bei der Verteilung des Honorars für kooperative Versorgungsformen vorsieht.

Praxen, BAG und MVZ, bestehend aus fachübergreifenden Vertragsärzten werden aufgrund ihrer Leistungserbringung einem Facharzttopf zugeordnet. Die Umsätze jedes einzelnen Facharztes werden letztlich aus seinem eigenen Facharzttopf vergütet. Dieser Anteil wird dann dem Facharzttopf zugeordnet, dem die Praxis zugeteilt ist. Dabei handelt es sich lediglich um eine Umvertei-

lung des Geldes in einen anderen Bereich. Die Berechnungsweise der Honorarverteilung bleibt aber die gleiche.

Ein weiterer Aspekt ist, dass sich das Budget eines MVZ oder einer BAG ebenfalls aus den Individualbudgets der einzelnen Mitglieder zusammensetzt. Kooperative Versorgungsformen erhalten weder einen Zuschlag auf ihr gemeinsames Budget noch erfolgt eine andere Berechnungsweise des Budgets. Ausgehend vom Regelfall, dass jeder Vertragsarzt, der vor dem Zusammenschluss bereits niedergelassen war und sein begrenztes Punktevolumen stets zu 100% ausgeschöpft hat, macht es wenig Sinn sich zu einem MVZ oder einer BAG zusammenzuschließen. Der Vertragsarzt erhält dadurch bislang grundsätzlich kein höheres Punktzahlvolumen und dementsprechend auch kein höheres Honorar.

Sinnvolle Zusammenschlüsse sind in wenigen Ausnahmefällen denkbar, beispielsweise dann, wenn sich zwei Ärzte zusammenschließen, von denen der eine sein Individualbudget stets über- und der andere sein Individualbudget stets unterschreitet. In diesem Fall können die Ärzte ihre Individualbudgets zusammenlegen und ihre bisherige Unter- beziehungsweise Überschreitung des Individualbudgets ausbalancieren, wovon beide profitieren.

Ein weiterer Vorteil ist die bessere „Vermarktungsmöglichkeit“ von Kooperativen Organisationsformen. Gegenüber Krankenkassen, beispielsweise bei Verhandlungen von Einzelverträgen und Verträgen zur Integrierten Versorgung, haben sie eine deutlich günstigere Ausgangsposition als Einzelpraxen.

Optimierte Behandlungsabläufe, die aufeinander abgestimmt und auf engem Raum organisiert sind, sind letztendlich kostengünstig und auch für die Krankenkasse ein nicht zu unterschätzender und damit der weitergehenden Förderung unterliegender Wirtschaftsfaktor.

Durch die EBM Reform 2008 ist das System der Gebührenordnungspositionen stark pauschaliert worden. Viele Einzelleistungen sind zu Pauschalen zusammengefasst worden, wie zum Beispiel die Versicherten-, Grund-, und Zusatzpauschalen. Aber auch hier finden MVZ und BAG in allen Varianten keine Be-

rücksichtigung. Zwar sind die Pauschalen gebildet worden unter der Berücksichtigung von kooperativen Versorgungsformen, allerdings findet sich weder im EBM 2000 plus noch im EBM 2008 ein eigenes Kapitel speziell für Kooperationen wieder. Und obwohl gesetzlich festgelegt worden ist, dass spezielle Fallpauschalen für kooperative Versorgungsformen zu bilden sind, ist dies bisher noch nicht umgesetzt worden. Lediglich im Jahre 2011 sollen diagnosebezogene Fallpauschalen für Fachärzte eingeführt werden, die einen speziellen Behandlungsaufwand widerspiegeln. Demzufolge ist die Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab für die kooperativen Versorgungsformen nicht anders als in einer Einzelpraxis. Auch hier erhält das MVZ oder die BAG keinerlei Zuschläge. Eine einzige Besonderheit ergibt sich bei der Abrechnung der Grundpauschale in fachübergreifenden BAG. Denn hier darf jeder an der Behandlung beteiligte Facharzt die Grundpauschale einzeln abrechnen, während in einer fachgleichen BAG diese Pauschale nur einmal berechnet werden darf.

Ob die neue Gesundheitsreform 2009 durch die geschilderten Anreize der Punktverteilung und die neuen Kooperationsformen das Niederlassungsverhalten der Ärzte beeinflussen wird, bleibt abzuwarten. Es ist allerdings nur schwer vorstellbar, dass sich Ärzte ausschließlich mit dem Argument einer geringfügigen Punktwertanpassung in unattraktive Standorte locken lassen. Der weiter zunehmende Kostendruck wird viele Ärzte vielmehr dazu bewegen, Kooperationen einzugehen, um wettbewerbsfähig zu bleiben. Damit hätte der Gesetzgeber - nicht zuletzt durch Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes – zumindest eines seiner gesundheitspolitischen Ziele erreicht.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zulassungsmöglichkeiten eines MVZ	7
Abbildung 2: %- Anteil der einzelnen Facharztgruppe am gesamten Verteilungsbetrag der Fachärzte	27
Abbildung 3: Durchschnittliche Punktgrenzzahlvolumina der jeweiligen Facharztgruppen	33
Abbildung 4: Honorarabrechnung der KVNO des 4. Quartals 2007 mit Punktwerten und Quoten der jeweiligen Facharztgruppe.....	34
Abbildung 5: Zeitplan zur Einführung der neuen Vergütungsreform 2008/2009	46
Abbildung 6: Neustrukturierung des EBM 2008	47
Abbildung 7: RLV-Bescheid KVNO	77
Abbildung 9: Zeitplan der Jahre 2009 – 2012.....	79

Abkürzungsverzeichnis

Ärzte-ZV	Zulassungsverordnung für Ärzte
AOK-Bv	Allgemeine Ortskrankenkasse-Berufsverband
BAG	Berufsausübungsgemeinschaft
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BMV-Ä	Bundemantelvertrag für Ärzte
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EBM 2000 plus	Einheitlicher Bewertungsmaßstab 2000 plus
EKV-Ä	Ersatzkassenvertrag für Ärzte
FG	Fachgruppe
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GKV-GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz	Solidaritätsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung
GKV-WSG	Wettbewerbsstärkungsgesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung
HVV	Honorarverteilungsvertrag
IB	Individualbudget
KK	Krankenkassen
KO	Knock Out Leistungen
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung

KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KV Berlin	Kassenärztliche Vereinigung Berlin
KVNo	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein
KVNo aktu	Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein aktuell
KVWL	Kassenärztliche Vereinigung Westfalen - Lippe
Mamma-MRT	Mamma - Magnetresonanztherapie
MBO-Ä	Musterberufsordnung für Ärzte
MVZ	Medizinisches Versorgungszentrum Medizinische Versorgungszentren
PDT	Photodynamische Therapie
RLV	Regelleistungsvolumina
SGB V	Sozialgesetzbuch Fünf
Teil-BAG	Teilberufsausübungsgemeinschaft
UG	Untergruppe
VÄndG	Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

Literaturverzeichnis

Altendorfer, R., Merk, W., Jensch, I.,

Das Medizinische Versorgungszentrum- rechtliche, wirtschaftliche und steuerliche Grundlagen eines MVZ
Frankfurt am Main, 2004

Brautmeier, B., Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein,

Neue Vergütungssysteme – Abrechnung nach dem neuen EBM und Berechnung der Gesamtvergütung
Düsseldorf, 2007

Dahm, F-J., Möller, K-H., Ratzel, R.,

Rechtshandbuch Medizinische Versorgungszentren
Berlin Heidelberg, 2005

Deutsches Ärzteblatt

Niederlassung und berufliche Kooperation – Neue Möglichkeiten - Hinweise und Erläuterungen zu den §§ 17 – 19 und 23a – d (Muster-) Berufsordnung (MBO)
Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 12, 24. März 2006

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Kooperationskompass- Wege ärztlicher Zusammenarbeit
Berlin, 2007

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Regelleistungsvolumina Modelle
Berlin, 04/2008

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

EBM 2008 – Die Änderungen bei Notdienst, Gemeinschaftspraxen und Pauschalen

Zeitschrift KVNo aktuell,

Düsseldorf, 12/2007

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Individualbudgets sind ab 1. Januar 2009 passé – So funktionieren die Regelleistungsvolumen

Zeitschrift KVNo aktuell,

Düsseldorf, 11/2008

Köhler, A., Hess, R.,

Kölner Kommentar zum EBM – Kommentierung des EBM

Köln, 2006

Orlowski, U., Halbe, B., Karch, T.,

Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG) mit Kommentierung zum Bundesmantelvertrag- Erste Erfahrungen aus der Praxis

Frankfurt am Main, 2008

Pelleter, J., Sohn, S., Schöffski, O.,

Medizinische Versorgungszentren – Grundlagen, Chancen, Risiken einer neuen Versorgungsform,

Schriften zur Gesundheitsökonomie, Band 7

Burgdorf, 2005

Ratzel, R., Luxenburger, B.,

Handbuch Medizinrecht

Bonn, 2008

Schroeder- Printzen, J.,

Handbuch Medizinrecht
Bonn, 2005

Schulte, H., Schulz, C.,

Medizinische Versorgungszentren
Baden Baden, 2007

Internetquellen***Allgemeine Bestimmungen des EBM 2000 plus***

Arztgruppen – EBM
Berlin, 2007
URL: <http://www.kbv.de//8170.html>
(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

AOK – Bundesverband

Euro- Gebührenordnung
URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/e/index_11494.html
(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

AOK – Bundesverband

Gesamtvergütung
URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_02239.html
(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

AOK – Bundesverband

Gesamtvertrag
URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/g/index_02247.html
(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

AOK – Bundesverband

Honorarverteilungsmaßstab

URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/h/index_02483.html

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

AOK – Bundesverband

Punkt

URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/p/index_02370.html

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

AOK – Bundesverband

Regelleistungsvolumina, arzt- und praxisbezogene

URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/r/index_02382.html

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Sonderpublikation der KBV zur Einführung des EBM 2008 zum 1. Januar 2008

EBM 2008 – Ein Meilenstein für die Zukunft

Berlin, 21.01.2008

URL: <http://www.kbv.de//8159.html>

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Medizinische Versorgungszentren – Gründung

Berlin, 13.11.2007

URL: <http://www.kbv.de/koop/8877.html>

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Medizinische Versorgungszentren – Zulassung

Berlin, 14.11.2007

URL: <http://www.kbv.de/koop/8878.html>

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Fragen zu Medizinischen Versorgungszentren

Berlin, 14.11.2007

URL: <http://www.kbv.de/koop/9105.html>

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Bundesvereinigung

Sonderpublikationen – Publikation zu Medizinischen Versorgungszentren, MVZ – Kompendium

Berlin, 22.08.2006

URL: <http://www.kbv.de/publikationen/8527.html>

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

Honorarreform: EBM 2008 und Euro – EBM

Berlin, 2007

URL: <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Berlin

EBM 2008 Infoveranstaltung für den fachärztlichen Versorgungsbereich

Berlin, 12/2007

Vortrag für Fachärzte: Einführung in den EBM 2008

URL: <http://www.kvberlin.de/20praxis/40honorar/honorarreform/index.html>

(Zuletzt eingesehen am 8. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Honorarverteilung: Wie kommen die Praxen in Nordrhein zu ihrem Geld?

Düsseldorf, März 2008

URL: http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/08_03/praxgeld.html

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Vertreterversammlung der KV Nordrhein – Bericht des Vorstandes

Düsseldorf, 24.11.2007

URL: http://www.kvno.de/presse/meld2008/meld2007/vv_07_11_24.html

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Neuer EBM zum 1. Januar 2008- höhere Honorare ab Anfang 2009

Zeitschrift KVNo aktuell,

Düsseldorf, 11/07

URL: http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/07_11/ebm2008.html

(Zuletzt eingesehen am 1. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Honorarverteilung: 1000 Ärztinnen und Ärzte erhalten ein höheres Individualbudget

Zeitschrift KVNo aktuell

Düsseldorf, 10/07

URL: http://www.kvno.de/mitglieder/kvnoaktu/07_10/honorar.html

(Zuletzt eingesehen am 5. Mai 2008)

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Honorarabrechnung der KVNO 4/2007 - Punktwerte und Quoten

URL: <http://www.kvno-de/mitglieder/honorar/index.html>

(Zuletzt eingesehen am 8. Mai 2008)