

Mandanteninformation Medizinrecht

+++ SPEZIAL +++

Neuer HVM der KVSH: Teilzugelassene und angestellte Ärzte in Teilzeit werden bei der Honorarverteilung ab dem 01.04.2013 deutlich schlechter gestellt

Am 13. Februar 2013 verabschiedete die Vertreterversammlung der KVSH einen neuen Honorarverteilungsmaßstab, der bereits mit Beschluss vom 22.03.2013 wieder „redaktionell geändert“ werden musste. Neben Veränderungen der Vergütung der psychotherapeutischen Leistungen und der Herausnahme des Mamma-MRT aus der Budgetierung wurden vor allem die Regelungen für Ärzte verschärft, die nicht in Vollzeit tätig sind. Diese Änderungen werden viele Praxen in Schleswig-Holstein empfindlich treffen, aufgrund der kurzen Zeitspanne zwischen Veröffentlichung des neuen HVM und den RLV/QZV-Mitteilungen für das Quartal 2/2013 ohne wirkliche Vorwarnzeit. Wir möchten Sie mit diesem Newsletter über diese Neuerung umfassend informieren.

1. [Einführung](#)
2. [Die Situation ab dem 01.04.2013](#)
3. [Auswirkungen auf Berechnung und Zuweisung der Volumina](#)
4. [Auswirkungen auf die Honorarabrechnung](#)
5. [Bewertung aus medizinrechtlicher Sicht](#)
6. [Reaktionsmöglichkeiten](#)



1. [Einführung](#)

Die Möglichkeit zur Aufteilung einer Arztstelle auf bis zu vier angestellte Ärzte führe, so die KVSH im Nordlicht 2013 zu unerwünschten Nebenwirkungen. 2,5 Millionen EURO würden durch anteilig tätige angestellte Ärzte oberhalb des Fachgruppendurchschnitts abgerechnet.

Es ist richtig, dass die seit dem Jahr 2009 geltende Honorarsystematik Steigerungen über den (anteiligen) Fachgruppendurchschnitt hinaus ermöglichte. Das System des RLV sieht bei einer grundsätzlich an der Fallzahl ansetzenden Individualisierung des zugewiesenen Volumens (RLV = individuelle Fallzahl x Fallwert der Arztgruppe) eine abstufungsfreie Steigerung des RLV auf bis zu 150 % des Durchschnitts der Fachgruppe vor.

Erst ab einer Überschreitung der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe um mehr als 50% wurde der Fallwert gekürzt.

Diese Regelung galt für angestellte Ärzte bislang mit der Maßgabe, dass die vollen Fachgruppendurchschnitte nur entsprechend dem Tätigkeitsumfang anzusetzen waren. Dies erlaubte – entsprechend einem Vertragsarzt mit halber Zulassung – eine Steigerung des Angestellten auf bis zu 150 % des für ihn geltenden Durchschnitts, also 75 % des Fachgruppendurchschnitts bei einer halben Arztstelle.

2. Die Situation ab dem 01.04.2013

Auch wenn solche Steigerungsmöglichkeiten bei einem fallzahlorientierten System durchaus hinnehmbar erscheinen, sollen diese **Steigerungsmöglichkeiten nun begrenzt** werden.

Teil B Ziff. 1.1 Abs. 1 und 2 des HVM lauten nunmehr:

(1) Die RLV/QZV berechnen sich nach den Vorgaben der Anlage 1 dieses HVM, soweit in diesem Honorarverteilungsmaßstab nichts Abweichendes bestimmt ist. Sofern nachfolgende Regelungen auf den Arzt abstellen, stellt dies auf eine volle Arztstelle ab. Andernfalls ist die Vorgabe anteilig anzuwenden. Soweit nicht ausdrücklich anderes bestimmt ist, umfasst der Begriff „Praxis“ alle möglichen Berufsausübungsformen zwischen zugelassenen und angestellten Ärzten, einschl. Psychotherapeuten sowie Ermächtigungen. Durchschnittsfallzahlen der Arztgruppen basieren auf den Daten des jeweiligen Vorjahresquartals.

(2) Abweichend von (1) wird Ärzten mit anteiligen Arztstellen ein Gesamtvolumen (Regelleistungsvolumen, QZV und Praxisbesonderheiten) maximal bis zum anteiligen Durchschnitt der Arztgruppe zugewiesen.

Seine Konkretisierung findet diese Regelung in Teil C Ziff. 1 Abs. 3, der wie folgt lautet:

„(3) Abweichend von (1) und (2) unterliegen Ärzte und Psychotherapeuten mit einer anteiligen Arztstelle aus Gründen der Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung vertragsärztlicher Tätigkeit einer arztgruppenspezifischen Vergütungsobergrenze. Die Vergütungsobergrenze bemisst sich nach dem entsprechenden anteiligen arztstellengewichteten durchschnittlichen Umsatz seiner Arztgruppe im Vorjahresquartal. Diese Regelung bezieht sich für

- Ärzte, die der RLV-Systematik (Regelleistungsvolumen, QZV und Praxisbesonderheiten) unterliegen, auf ihre Honorare innerhalb der RLV-Systematik*
- Ärzte, deren Leistungen zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen, auf ihre Honorare innerhalb der Kapazitätsgrenzen*
- für die übrigen Ärzte auf ihre Honorare innerhalb der MGV.*

Honoraranteile außerhalb der MGV sowie Kostenerstattungen nach Kapitel 40 EBM bleiben unberücksichtigt.

*(4) Vergütungsanteile oberhalb der Vergütungsobergrenze werden abgestaffelt vergütet. Der Abstaffelungsfaktor beträgt 0,1. Der von der KVSH einbehaltene Honoraranteil $((\text{Vergütung} - \text{Vergütungsobergrenze}) * 0,9)$ wird den Honorarausgleichsfonds zugeführt.“*

Nach Auskunft der KVSH gilt diese Regelung nicht nur für in Teilzeit angestellte Ärzte (geringere wöchentliche Arbeitszeit als 31 Stunden), sondern **auch für Ärzte mit einem halben Versorgungsauftrag (Teilzulassung)**. Dies überrascht, weil der Begriff „Arztstelle“, der vom Gesetzgeber nicht legaldefiniert wurde, in der Rechtswissenschaft ebenso wie in der Rechtsprechung ausschließlich für den Teilnahmestatus eines angestellten Arztes gebraucht wurde. Anwendung findet diese Regelung auch auf solche „anteiligen Arztstellen“, die bereits im Zeitpunkt des Inkrafttretens des neue HVM überdurchschnittlich Leistungen erbracht und abgerechnet haben.

3. Auswirkungen auf die Berechnung und Zuweisung der Volumina

Diese Neuregelung hat zur Folge, dass ein Arzt mit Teilzulassung oder ein angestellter Arzt auf einer Viertel-, einer halben oder einer Dreiviertel-Arztstelle als Gesamtvolumen **maximal den anteiligen Fachgruppendurchschnitt** zugewiesen bekommen kann, also lediglich bis zu dieser Obergrenze sämtliche Leistungen zum Orientierungswert von derzeit 3,5 Ct. vergütet bekommt. Hierbei ist es gleichgültig, wieviele RLV bzw. QZV-Fälle im Vorjahresquartal tatsächlich abgerechnet wurden oder ob das RLV bislang bereits bei 150% des Fachgruppendurchschnitts lag. Diese Regelung kann also dazu führen, dass angestellte oder teilzugelassene Ärzte mit einem **Rückgang ihres Volumens um bis zu 25 %** rechnen müssen.

Dies wird aus folgendem Beispiel deutlich:

Die Ärzte A und B führen eine Berufsausübungsgemeinschaft. Beide verfügen über eine halbe Zulassung. Beide behandeln im Quartal 700 Patienten. Für die Fachgruppe der beiden galt bislang ein durchschnittlicher RLV-Fallwert von 35,- € und eine Durchschnittsfallzahl von 1.000 Fällen. QZV-Leistungen erbringen beide nicht.

*A und B erhielten also je ein RLV von $700 * 35 = 24.500,-$ €. Das Gesamtvolumen der Praxis betrug mithin 49.000,- € pro Quartal.*

Da beide nicht mehr als 150% der Durchschnittsfallzahl der Fachgruppe erreichten, kam keine Fallwertabstaffelung zum Tragen.

Nach der neuen Regelung sind beide Ärzte beim anteiligen Fachgruppendurchschnitt gedeckelt. Dies bedeutet, sie erhalten je ein RLV von 17.500,- €, gemeinsam also ein Volumen von 35.000,- €.

Beachtlich ist weiter die Tatsache, dass die KVSH die Bindung an den Fachgruppendurchschnitt so rigoros vornimmt, dass sogar **Praxisbesonderheiten** nicht dazu führen können, dass ein höheres Volumen zugewiesen wird. Die Vergütungsansprüche eines in Teilzeit tätigen Arztes sind mithin nach dem Willen der KVSH selbst dann auf den Fachgruppendurchschnitt beschränkt.

Die Neuregelung wird vor allem große Praxen mit vielen Ärzten auf anteiligen Arztstellen oder Teilzulassungen, MVZ, aber auch kleine Einheiten, bei denen anstelle eines Job-Sharings eine Aufteilung der Zulassungen erfolgt ist, empfindlich wirtschaftlich treffen.

4. Auswirkungen auf die Honorarabrechnung

Neben den Änderungen bei der Berechnung und Zuweisung der Volumina, soll es auch Änderungen bei der Honorarabrechnung selbst geben. So soll es künftig nicht mehr möglich sein, dass zwischen in Vollzeit und in Teilzeit tätigen Ärzten eine **Verrechnung bei Über- bzw. Unterschreitungen des Volumens** erfolgen kann. Dies trifft nicht nur besonders spezialisierte Einheiten, sondern wiederum auch eine kleine BAG mit z.B. zwei Partnern mit Teilzulassungen, die letztlich nicht mehr von ihrer gemeinsamen Tätigkeit und den ggf. auch saisonalen Schwankungen profitieren können.

Dies diesbezügliche Regelung findet sich in Teil C. Ziff. 1 Abs. 6 des HVM:

„Ein Ausgleich zwischen den Ärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft kann nur in besonderen Fällen auf Antrag vorgenommen werden. Dies gilt auch für Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren.“

Dem Wortlaut dieser Regelung lässt sich entnehmen, dass der Ausschluss der Verrechnung nicht nur in Teilzeit tätige Ärzte betrifft, sondern sich sogar auf Ärzte bezieht, die eine volle Zulassung haben oder auf einer vollen Arztstelle tätig werden.

Nach Informationen, die wir erhalten haben, soll diese Regelung jedoch nicht eine derart weitgehende Anwendung finden, sondern lediglich auf Ärzte in Teilzeit Anwendung finden. Ob dies tatsächlich wie angekündigt abweichend vom Wortlaut der Norm geschehen wird, bleibt abzuwarten.

Zu guter Letzt wird die Situation der in Teilzeit Tätigen auch bei der Vergütung der das Volumen überschreitenden Leistungsanteile weiter verschlechtert. Wird das einem in Teilzeit tätigen Arzt zugestandene Volumen überschritten, kommt nun nicht mehr die für alle Vertragsärzte geltende Quote zur Anwendung, die in der Vergangenheit zwischen ca. 12 und 15 % lag. Es wird vielmehr eine **fixe Quote von 10% Prozent** im HVM vorgegeben, mit dem die erbrachten Leistungen oberhalb der Volumina vergütet werden, unabhängig davon, um welchen Betrag das Gesamtvolumens aller anteilig tätigen Ärzte überschritten wird. Die Restbeträge sollen für Honorarausgleichsmaßnahmen aller Vertragsärzte zur Verfügung gestellt werden.

5. Bewertung aus medizinrechtlicher Sicht

Die Frage der Rechtmäßigkeit der Neuregelung der Honorarverteilung für Ärzte in Teilzeit begegnet erheblichen Zweifeln. So kann bereits die grundsätzliche Frage gestellt werden, ob eine solche Honorarverteilung überhaupt noch auf einer tauglichen **gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage** beruht. Diese ist vonnöten, da durch die Quotierung der Vergütung in das Grundrecht der Berufsausübungsfreiheit eingegriffen wird. Honorarverteilungsregelungen gründen sämtlich auf der Rechtsgrundlage des § 87b Abs. 2 SGB V, der Regelungen in HVM vorsieht, die verhindern sollen, dass eine Vertragsarzt seine Tätigkeit „über seinen Versorgungsauftrag nach § 95 Absatz 3 oder seinen Ermächtigungsumfang hinaus übermäßig ausgedehnt“. Sieht nun aber ein Vergütungssystem grundsätzlich vor, dass eine Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 50% bei einem voll zugelassenen oder angestellten Arzt ohne Einschränkungen bei der Honorarverteilung zu berücksichtigen ist, ist es bereits fraglich, ob eine Überschreitung gleichen prozentualen (!) Umfangs bei einem anteilig Tätigen eine übermäßige Ausdehnung darstellen kann.

Weiterhin begegnet die Regelung erheblichen rechtlichen Bedenken im Hinblick auf das **Gebot der leistungsproportionalen Vergütung sowie den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit**. Das Gebot der leistungsproportionalen Verteilung besagt, dass vertragsärztliche Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind. Der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist - im Sinne einer unzulässigen Gleichbehandlung - verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten oder Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist (BSG B 6 KA 6/10 R). Unzweifelhaft ist es gerechtfertigt, die unterschiedlichen Tätigkeitsumfänge von Voll- und Teilzeittätigen bei der Bemessung der ihnen zur Verfügung stehenden Volumina zu berücksichtigen. In Teilzeit tätige Ärzte jedoch – anders als Vollzeittätige – von jedem Wachstum über den Fachgruppendurchschnitt hinaus auszuschließen, lässt sich mit dem unterschiedlichen Tätigkeitsumfang alleine nicht mehr rechtfertigen.

Ebenfalls im Hinblick auf die genannten Honorarverteilungsgrundsätze erscheint es hochproblematisch, die Vergütung im Überschreibungsvolumen unterschiedlich zu regeln. Es besteht kein sachlicher Grund dafür, die Quotierung bei Teilzeittätigen mit einem fixen Prozentsatz festzuschreiben, während die Quotierung bei in Vollzeit tätigen Vertragsärzten und angestellten Ärzten die Quote auf anderer Basis jeweils ermittelt wird und insoweit von der fixen Quote abweicht.

Das denkbare Argument, dass auf diese Weise einer möglichen zeitlichen Ausdehnung der Tätigkeit des in Teilzeit tätigen Arztes und somit auch der Ausdehnung des genehmigten Versorgungsauftrags entgegnet werden soll, taugt jedoch nicht, diese Differenzierung zu rechtfertigen.

Bei alledem darf nicht übersehen werden, dass der KV Instrumente zur Verfügung stehen, um eine systematisch über den Versorgungsauftrag hinausgehende Tätigkeit zu sanktionieren. So kommen Disziplinarmaßnahmen bis hin zum Zulassungsentzug in Be-

tracht, wenn systematisch in erheblichem Ausmaß ein angestellter Arzt über die genehmigte Wochenstundenzahl hinaus tätig wird. Auch darf darüber nachgedacht werden, ob Leistungen, die jenseits der genehmigten Tätigkeitsdauer erbracht wurden, möglicherweise einer sachlich-rechnerischen Berichtigung unterliegen könnten, da sie außerhalb des Teilnahmestatus erbracht wurden. Hierzu dienen die bekannten Plausibilitätsprüfungen, bei denen die Zeitprofile des EBM abgeglichen werden mit den tatsächlich abgerechneten Leistungen und dem jeweiligen Versorgungsauftrag des vertragsärztlich tätigen Arztes. Diese im Einzelfall anzuwendenden Mittel wären jedenfalls ein ebenso geeignetes, jedoch milderer Mittel, der Ausdehnung des Versorgungsauftrags entgegenzuwirken, als einer Vielzahl von Vertragsärzten nur noch eingeschränkte Möglichkeiten zur Teilnahme an der Honorarverteilung zu gewähren.

Aus verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten darf ein Normgeber sich jedoch nur des mildesten unter mehreren geeigneten Mitteln bedienen, um ein von ihm verfolgtes Ziel zu erreichen. Anderenfalls sind hiervon abweichende Regelungen unwirksam.

Bei der Frage der Verhältnismäßigkeit solcher Honorarverteilungsmaßnahmen wird auch zu bedenken sein, dass der Gesetzgeber mit der Einführung von Teilzulassungen und Anstellungen in Teilzeit gerade den Zweck verfolgt hat, die vertragsärztliche Tätigkeit zu flexibilisieren, um einerseits die Vereinbarkeit von Beruf und Familie zu erhöhen, andererseits aber auch um flexiblere Formen der Versorgung in unterversorgten Gebieten zu ermöglichen. Mit der neuen Honorarverteilung führt die KVSH diese Ziele des Gesetzgebers ad absurdum, indem sie die flexiblen Tätigkeitsformen jeder wirtschaftlichen Attraktivität beraubt.

6. Reaktionsmöglichkeiten

Die nach unserer Auffassung gegebene Rechtswidrigkeit bedeutet, dass es sich für Praxen mit Teilzugelassenen oder in Teilzeit angestellten Ärzten, bei denen entweder Honorarvolumina der Vollzeitärzte nicht ausgeschöpft wurden oder bei denen die Teilzeitärzte die Ihnen zugewiesenen Volumina überschritten haben, **Widerspruch gegen den Honorarbescheid** einlegen sollten. Dies muss innerhalb eines Monats nach Zugang des Bescheides geschehen.

Auch muss **Widerspruch gegen die RLV/QZV-Mitteilung** eingelegt werden, da Angriffspunkt natürlich in erster Linie die Zuweisung des Volumens ist. Bleibt die KVSH bei Ihrer Praxis, diese Bescheide nicht mit Rechtsbehelfsbelehrungen zu versehen, kann der Widerspruch gegen die Mitteilung erfolgen, wenn gegen den Honorarbescheid Widerspruch eingelegt wird, da in diesem Fall eine Widerspruchsfrist von einem Jahr gilt. Sollte jedoch nun eine Rechtsbehelfsbelehrung aufgenommen werden, muss auch gegen die RLV/&QZV-Mitteilung innerhalb eines Monats Widerspruch eingelegt werden.

Inwieweit über den Widerspruch hinaus rechtliche Schritte eingeleitet werden, hängt vom jeweiligen Einzelfall und der konkreten Betroffenheit der Praxis ab, zumal anzunehmen ist, dass die Rechtmäßigkeit dieses HVM abschließend erst vor dem Bundessozialgericht geklärt werden wird.

In jedem Fall sollte ein **Antrag gem. Teil C Ziff. 1 Abs. 5 des HVM auf Ausnahme von der Begrenzung** auf den Fachgruppendurchschnitt gestellt werden. Mit dieser Regelung, die keinen Antrag im formellen Sinne voraussetzt, eröffnet der HVM die Möglichkeit, dass Zulassungen, die zum Zeitpunkt ihrer „Aufteilung“ bereits überdurchschnittlich waren, auch überdurchschnittlich bleiben können. Auch wenn aller Voraussicht nach weitere Wachstumsmöglichkeiten gleichwohl ausgeschlossen bleiben werden, kann ein solcher Antrag zunächst die Auswirkungen der Regelungen abfedern. Dieser Schritt sollte in Analogie zur vorgenannten Regelung gewählt werden, sofern die betroffenen „anteiligen Arztstellen“ bereits vor Inkrafttreten des neuen HVM überdurchschnittlich Leistungen erbracht haben.

Zudem ist es ratsam, **einen Antrag gemäß Teil C Ziffer 1 Abs. 6 des HVM auf Ausgleich zwischen den Ärzten der Berufsausübungsgemeinschaft** bzw. des Medizinischen Versorgungszentrums zu stellen, um so die Möglichkeit offenzuhalten, die Verrechnung der unter- bzw. überschrittenen Volumina zu erwirken.

In struktureller Hinsicht kann auf die neue Honorarverteilung gegebenenfalls dadurch reagiert werden, dass nach Möglichkeit wieder **ganze Zulassungen bzw. Arztstellen** geschaffen werden, die nicht von den Begrenzungsmaßnahmen betroffen sind. Hierfür ist es jedoch notwendig, dass ein angestellter Arzt gefunden wird, der bereit ist, in Vollzeit tätig zu sein, also in einem Umfang von mehr als 30 Stunden wöchentlich. Die bislang auf dieser Arztstelle tätigen weiteren Ärzte könnten unter Inkaufnahme einer Wachstumsbeschränkung der gesamten Praxis als **Jobsharing**-Angestellte beschäftigt werden. Eine solche Lösung muss jedoch sorgsam geprüft werden, da hiermit auch die Wachstumsmöglichkeiten der Vollzugelassenen beschränkt werden.

Einziges Silberstreif am Horizont ist es, dass dieser HVM voraussichtlich **keine lange Bestandsdauer** haben wird. Es wird bereits an einem völlig neuen Honorarverteilungssystem gearbeitet, das voraussichtlich noch in diesem Jahr verabschiedet wird. Der Kampf gegen die Teilzeit dürfte jedoch eine politische Grundsatzentscheidung innerhalb der KVSH sein, die sich auch in einem neuen Honorarsystem wiederfinden wird. Manchmal stammt das Licht am Ende des Tunnels doch nur vom herannahenden Zug...

Für Rückfragen, Beratung und rechtliche Unterstützung stehen wir Ihnen selbstverständlich zur Verfügung.

Ihr

Medizinrechtsteam von



