

RLVs
Ergänzung zu den Erläuterungen zu den RLVs
Anträge und Widersprüche
Stand 02.03.2009

Die Mitteilung des RLVs bezieht sich grundsätzlich nur auf die Leistungen, die nicht außerhalb der RLVs vergütet werden. Wenn sich aus dem Bescheid ergibt, dass der einzelne Arzt, die Gemeinschaftspraxis oder das MVZ ein größeres Leistungsvolumen innerhalb der RLVs erbringen muss, kann dies unterschiedliche Ursachen haben, auf die unterschiedlich reagiert werden muss. In der Anästhesie hat sich die Bewertung der Leistungen, die innerhalb der RLVs liegen, zwischen dem EBM 2008 und dem EBM 2009 nicht verändert, so dass ein unmittelbarer Vergleich dieser Leistungen möglich ist. Hierbei müssen die Leistungen des Kapitels 5 und evtl. des Abschnittes 30.7.2 herangezogen werden.

Anträge auf evtl. begünstigende Regelungen und Widersprüche gegen Bescheide sind grundverschiedene Vorgehensweisen. Sie werden in den KVen evtl. von unterschiedlichen Gremien bearbeitet, zwischen denen erfahrungsgemäß nicht unbedingt eine Kommunikation stattfindet. Daher empfiehlt es sich in entsprechend gelagerten Fällen, sowohl in den Widerspruch zu gehen als auch davon unabhängig einen Antrag zu stellen, selbst wenn es sich bei der Begründung um den gleichen Sachverhalt handelt.

Da das System der RLVs grundsätzlich quartalsgetaktet ist, müssen sich **Widersprüche** immer auf das/die entsprechende/n Quartal/e beziehen. Auch bei **Anträgen** sollte immer ausdrücklich auf den Zeitraum, auf den sie sich beziehen, verwiesen werden.

Die Möglichkeit, abweichend von den ursprünglichen Beschlüssen des Bewertungsausschusses begünstigende Regelungen für einzelne Praxen zu treffen, ist bis zum 31.12.2010 begrenzt. Insofern sind jetzt evtl. kurzfristig von den KV angekündigte Verbesserungen nur von begrenzter Dauer, an den grundlegenden Regelungen zu den RLVs hat sich nichts Wesentliches geändert.

Zu beachten ist auch, dass es eine verbindliche Zusage einer kalkulierbaren Euro-Gebührenordnung gibt. Hierbei ist der OPW von 3,5001 €ct zu Grunde zu legen. Dies ist jedoch in mehreren KVen schon für die Grundleistungen in der Anästhesie nicht umgesetzt, d.h. es finde schon ab den ersten Leistungen wie in der Vergangenheit eine Budgetierung durch abgestaffelte Punktwerte statt:

	< 5 Jahre	6 – 59 Jahre	ab 59 Jahre
Grundpauschale	9,62 €	9,45 €	11,02 €
Voruntersuchung	17,86 €	17,68 €	17,68 €
Aufsuchen	5,60 €	5,60 €	5,60 €
	32,90 €	32,73 €	34,30 €

In den KVen, in denen die o.g. Werte unterschritten werden, ist somit auch bei alleiniger Durchführung von Narkosen im Kapitel 31 die zugesagte Vergütungshöhe nicht erreicht. Auch wenn Narkosen des Kapitels 5 außerhalb des RLVs bezahlt werden, sind diese Basisleistungen unterfinanziert, so lange das RLV unterhalb der o.g. Werte liegt.

1. Anträge

1.1 Antrag Fallzahl

Systembedingte Änderung der Fallzahl/Anwendung falscher Fallzahlen als Berechnungsgrundlage

Zur Beurteilung einer korrekt angewendeten Fallzahl des jeweiligen Abrechners muss zunächst geklärt sein, welche Fälle aus dem Vorjahresquartal mitgezählt wurden und ob diese alle vollständig in das RLV eingeflossen sind. Dies lässt sich unschwer aus den Abrechnungsunterlagen des 1. Quartals 2008 bzw. dem Vorjahresquartal und dem RLV-Bescheid entnehmen.

Zumindesten in zwei KVen (Hessen und Mecklenburg-Vorpommern) wurden in die Berechnungsbasis alle **Fälle nach § 115b** nicht einbezogen. Dadurch erklärt sich auch die niedrigen Fallzahl und der höhere Fallwert dort. Es ist davon auszugehen, dass somit in die Berechnungen des RLVs ganz überwiegend Leistungen eingeflossen sind, die mit Narkosen aus dem Kapitel 5 bzw. anderen Leistung aus diesem Kapitel assoziiert waren.

Dies bleibt so lange unproblematisch, so lange auch bei der Abrechnung nach den RLVs der gesamte Arzt- bzw. Behandlungsfall unberücksichtigt bleibt und sich die Praxisstruktur nicht ändert.

Jede **Strukturänderung** jedoch, die durch eine Umstellung neue Fälle, die es im 1. Quartal 2008 dort nicht gab, in den Leistungsbereich der RLVs hereinbringt, muss eingearbeitet werden:

Die Kündigung von **Strukturverträgen** können somit ebenfalls dazu führen, dass ein zu niedriges RLV zugeteilt wurde und zwar immer dann, wenn ein Behandlungsfall im Strukturvertrag in I/2008 bzw. den Folgequartalen keinen offiziellen Fall bei der KV im Sinne der RLVs ausgelöst hat. Gleiches gilt für **IV-Verträge**, die nicht in der gleichen Systematik fortgeführt werden und alle anderen Versorgungsformen „Außerhalb des Systems“, sobald diese zurück in die „Normalversorgung“ fallen.

1.1.1 Belegärztliche Behandlungsfälle sind in einigen KVen schon im Quartal 2008 und folgenden vollständig extrabudgetär gezahlt worden und deshalb konsequenterweise auch nicht mit als Fälle in die RLVs eingeflossen.

Solange der gesamte Behandlungsfall weiterhin außerhalb der RLVs läuft, besteht kein Handlungsbedarf.

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sehen allerdings nur vor, dass die Leistungen des Kapitels 36 außerhalb der RLVs gerechnet werden. Bei strikter Umsetzung dieser Beschlüsse müssen die belegärztlichen Behandlungsfälle in die RLVs als Fälle eingerechnet werden, da dann ja durchaus Leistungen wie z. B. die Grundpauschalen und allgemeine Leistungen innerhalb der RLVs erbracht werden müssen.

1.1.2 Individuell bedingte Fallzahländerungen

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses sehen verschiedene Situationen vor, in denen über eine **Fallzahlerhöhung** gegenüber dem Vorjahresquartal eine Verbesserung erzielt werden kann, indem der Arzt erst später in die Abstaffelungszone gerät.

- Unverschuldeter Grund im Vorjahresquartal für niedrige Fallzahl, z.B. Krankheit. Hierunter sollten auch Mutterschutz und Kindererziehung fallen, ist aber nicht ausformuliert. Da Krankheit nur beispielhaft aufgeführt ist, muss es jedenfalls darüber hinaus weitere Kriterien geben.
- Vertretungen innerhalb der eigenen Gemeinschaftspraxis
- Vertretungen für andere Praxen
- Strukturelle Änderung in der eigenen Gemeinschaftspraxis
- Schließung von Nachbarpraxen oder Erlöschen von Ermächtigungen
- Sonstige Gründe der Sicherstellung

Anträge nach diesen Kriterien sollten so früh wie möglich, also spätestens innerhalb des laufenden Quartals gestellt werden. Dabei ist darauf zu achten, dass nicht Gründe für eine niedrige Fallzahl im Vorjahresquartal aufgeführt werden, die eine Kollision mit dem Vertragsarztrecht darstellen könnten. Hier empfiehlt sich eine individuelle Beratung durch den Berufsverband.

Auch bei einer strukturellen Änderung durch Hinzukommen neuer Operateure kann der Versuch gemacht werden, dies als Kriterium zu einer Fallzahlerhöhung zu nutzen. Zu mindestens bei Praxen, die bisher unterhalb des Fallzahldurchschnittes der Fachgruppe.

1.1.3 Fallzahl bei Neugründung/ Praxisübernahme

Bei Neugründung bzw. Änderung der Kooperationsform ist zunächst vorgesehen, den Fachgruppendurchschnitt zu Grunde zu legen. Bei Übernahme einer überdurchschnittlich ausgeübten vertragsärztlichen Zulassung kann dies zu einem erheblichen Verlust gegenüber dem beim Erwerb gezahlten „Good will“ führen. Dies dürfte rechtlich angreifbar sein. Daher ist in einem solchen Fall ein entsprechender Antrag unter Verweis auf die Fallzahl des Vorgängers sinnvoll.

1.2 Antrag Fallwert (F 3.6)

In den Beschlüssen des Bewertungsausschusses war ursprünglich vorgesehen, dass ein Antrag gestellt werden kann, wenn die Praxis den Fallwert der Fachgruppe um mehr als 30% überschreitet. Nach den Beschlüssen vom 15. Januar 2009 kann jetzt auch ein Antrag gestellt werden, wenn die 30% nicht überschritten werden. Dies muss von den „Gesamtvertragspartnern“, also KV und Krankenkassen so vereinbart werden. Inzwischen sind hierzu in unterschiedlichen KVen unterschiedliche Grenzen unterhalb der 30% definiert worden.

Die Festlegung eines höheren **Fallwertes** bedeutet, dass bei gleich bleibender **Fallzahl** ein höheres RLV zugestanden wird.

In den KVen, in denen die Kapitel 5 Leistungen im RLV sind, trifft dies auf alle Ärzte unserer Fachgruppe zu, die viel oder überwiegend diese Leistungen erbringen.

1.3 Antrag Honorarverlust (F 3.7)

In den Beschlüssen des Bewertungsausschusses war ursprünglich vorgesehen, dass ein Antrag gestellt werden kann, wenn die Praxis durch die Einführung der RLV voraussichtlich einen Honorarverlust von mehr als 15% erleiden wird. Diese Grenze ist durch die Beschlüssen vom 15. Januar relativiert, so dass auch Anträge bei geringeren Verlusten gestellt werden können.

Die Entscheidung über die Entscheidungskriterien liegt bei den Vertragspartnern vor Ort, in der Regel wird die Entscheidung jedoch wohl von der jeweiligen KV allein getroffen.

Eingangsbestätigung

Ein Antragsteller hat das Recht sowohl auf eine Eingangsbestätigung für seinen Antrag als auch auf einen rechtsmittelfähigen Bescheid, gegen den er dann evtl. weitere Rechtsmittel hat. Dies ist einer der (wenigen) Vorteile der RLVs, nämlich, dass schon bevor der Honorarbescheid für das abgerechnete Quartal da ist, die Möglichkeit besteht, etwas zu unternehmen.

Konvergenzphase

Die Möglichkeiten, von den ursprünglichen Regelungen zu den RLVs individuell abzuweichen, sind zeitlich befristet bis Ende 2010. Dann wird, gleich bleibende sozialrechtliche Rahmenbedingungen vorausgesetzt, jede Praxis wieder vor den gleichen Problemen wie jetzt stehen.

Diese Möglichkeit, dass quasi im Wege der „Sozialhilfe“ einzelnen Praxen unter die Arme gegriffen wird, stellt keine tragfähige Lösung für die Zukunft dar.

2. Widersprüche

Die Einführung von RLVs sind im SGB V vorgegeben. Dort sind auch bestimmte Rahmenbedingungen festgelegt. Gegen diese rechtlich vorzugehen, dürfte wenig Sinn machen, insofern ist von grundsätzlichen Widersprüchen gegen die RLVs überhaupt abzuraten.

2.1 Trennungsfaktor

Die Rahmenbedingungen zu den RLVs schreiben vor, dass der „Trennungsfaktor“ zwischen Hausärzten auf der einen Seite und Fachärzten/Psychotherapeuten auf der anderen Seite beibehalten werden muss. In einigen KVen drängt sich der Verdacht auf, dass diese Bestimmung zu Lasten der Fachärzte/Psychotherapeuten missachtet wurde. Leider ist das System so intransparent, dass sich der Nachweis dieses Tatbestandes als schwierig erweisen wird. Gelingt es jedoch in einzelnen KVen hier an Fakten zu gelangen, lohnt sich ein Widerspruch auch mit dieser Begründung.

2.2 Bescheid über das RLV unter Vorbehalt

Weder Intention noch ausformulierter Inhalt des Gesetzes (insbesondere § 87 b SGB V) lassen es zu, dem Arzt sein RLV unter irgendwelchen Vorbehalten zuzuweisen. Er hat einen Rechtsanspruch auf ein verbindlich definiertes RLV (zum Zeitpunkt s. u.). Daher handelt eine KV rechtswidrig, wenn sie einen RLV-Bescheid unter Vorbehalt(e) stellt. Hiergegen ist ein Widerspruch aussichtsreich.

2.3 Bescheid über das RLV unterhalb der vorgesehenen Frist von 4 Wochen (Verfristung)

Die erstmalige Festsetzung des RLV sollte lt. Gesetz bis zum 30. November 2008 erfolgt sein, danach jeweils „spätestens vier Wochen vor Beginn der Geltungsdauer des Regelleistungsvolumens“. Das bedeutet nichts anderes, als dass das RLV 4 Wochen vor Quartalsbeginn festgestellt und (schriftlich/verbindlich) mitgeteilt sein muss. Gelingt dies der KV nicht, gilt das zuvor dem Arzt oder der Berufsausübungsgemeinschaft zugewiesene RLV weiter.

Gegen ein verspätet mitgeteiltes RLV kann somit in den Widerspruch gegangen werden (allein mit dieser Begründung) und zwar mit der Forderung nach **Fortbestand des zuvor gültigen RLVs**. Dies gilt auch, wenn zuvor in der entsprechenden KV ein HVV galt, der die seinerzeit schon gesetzlich vorgeschriebenen RLVs ersetze.

Der **Fortbestand des zuvor gültigen RLVs** ist ein im SGB V für diesen Fall vorgesehener **Rechtsanspruch!**

2.4 Nichtberücksichtigung Wachstumsphase

Nach durchgängiger Rechtssprechung steht „jungen“ Praxen eine Wachstumsphase, in der sie sich mindestens bis zum Fachgruppendurchschnitt entwickeln können, zu. Eine Praxis, die sich noch in der „Gründungsphase“ (unter 20 Quartale) befindet, sollte in den Widerspruch gehen, sofern der RLV-Bescheid sie unter den Fachgruppenschnitt kürzt. Dies macht natürlich nur Sinn, sofern wirklich ein reales Wachstum erfolgt. Widersprüche „auf Vorrat“ machen keinen Sinn. Die Geschwindigkeit dieser Wachstumsmöglichkeit ist rechtlich nicht exakt festgelegt, jedoch wurde eine Zuwachsquote von nur 3% als zu niedrig abgeurteilt.

2.5 Nichtberücksichtigung Job-Sharing/angestellte Ärzte

Die Job-Sharing-Richtlinie bzw. Angestellte-Ärzte-Richtlinie und die Regelungen zu den RLVs sind inkompatibel. Bisher ist nicht abzusehen, ob und wenn wie eine Anpassung erfolgt. Deshalb macht ein Widerspruch Sinn, wenn wegen der Nichtberücksichtigung des Job-Sharings bzw. Angestellte-Ärzte-Richtlinie Nachteile entstehen.

2.6 Nichtberücksichtigung Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)

Fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften steht ein Zuschlag von (derzeit) 10% auf das RLV zu. Dies drückt sich im Bescheid als der BAG-Faktor 1,1 aus. Gerade bei den Anästhesisten gab es durch (willkürliche) Zuordnung einzelner Partner von

Gemeinschaftspraxen bzw. MVZs zur Arztgruppe der ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Vertragsärzte viele Bescheide, den der jeweiligen BAG überhaupt keinen Zuschlag gewährte. Die zulassungsrechtlich definierte BAG hat jedoch ein Rechtsanspruch auf den Zuschlag, hilfsweise sollte man die Rechtsauffassung vertreten, dass die Bildung einer Arztgruppe ausschließlich schmerztherapeutisch tätiger Vertragsärzte rechtens sei, zu mindestens teilweise, da ansonsten eine BAG mit z. 10 Partnern durch einen einzigen „Fachfremden“ den Zuschlag völlig verlieren würde.

2.7 Zuordnung zur Arztgruppe der ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Vertragsärzte.

Die Zuteilung eines RLVs durch eine (unfreiwillig?) durchgeführten Einstufung in diese „Arztgruppe“ führt zu einem dazu, dass das Kapitel 30.7.1 nicht extrabudgetär vergütet wird, zum anderen in Gemeinschaftspraxen zum Verlust der Zuschlages für fachgleiche BAGs, auch wenn diese zulassungsrechtlich als Gemeinschaftspraxen anerkannt sind (s. o.). Dies dürfte unzulässig sein, wie überhaupt die Bildung dieser Arztgruppe jeder rechtlichen Grundlage entbehrt. Siehe hierzu Anlage 1 „**Bildung von Arztgruppen**“

Diese Ausarbeitung erhebt noch keinen Anspruch auf Vollständigkeit, da die Dinge ständig weiter im Fluss sind. Ggf. wird es weitere Überarbeitungen und Ergänzungen geben.

Elmar Mertens

Anlage 1

Arztgruppen nach den RLVs Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte

(Gibt es im SGB V eine rechtliche Grundlage zur Bildung „neuer“ Arztgruppen?)

Die Bildung von Arztgruppen ist im Rahmen der Zulassungsverordnung gebunden an die in der Weiterbildungsordnung über die Ärztekammern definierten Facharztbezeichnungen. In Zusammenhang mit den Vorschriften zur Trennung der Versorgungsbereiche werden die Arztgruppen in gleicher Weise definiert. Die gem. SGB V so festgelegten Arztgruppen sind auch die Grundlage für die Bildung der Arztgruppenkapitel im EBM, die laut den Vorschriften des SGB V gegeneinander abzugrenzen sind:

§ 87 Abs. 2a

(2a) 1Die im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden. 2Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 1 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugrunde zu legen.

Diese Definition der Arztgruppen lässt keinen Raum für die Bildung einer (Fach-) Arztgruppe der „Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte“ im Rahmen des EBM. Die Gliederung nach § 73 Abs.1 betrifft die Trennung HA/FA.

Auch sonst finden sich im gesamten SGB V nirgendwo andere Definitionen von Arztgruppen:

In § 87b Abs. 2 Satz 6 werden abschließend Arztgruppen aufgeführt, für die im Rahmen der RLVs Sonderregelungen getroffen werden sollen. Die Schmerztherapie ist dort nicht erwähnt.

§ 87b Abs. 2 Satz 6

6Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen der Psychotherapeuten, der Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, der Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, der Fachärzte für Nervenheilkunde, der Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie sowie der ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte sind außerhalb der Regelleistungsvolumina zu vergüten. 7Weitere vertragsärztliche Leistungen können außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden

sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Ferner hebt die Regelung zur Bildung von Arztgruppen im § 87b eindeutig auf das Zulassungsrecht ab:

§87b Abs. 3 Satz 1

(3) 1Die Werte für die Regelleistungsvolumina nach Absatz 2 sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen; bei der Differenzierung der Arztgruppen ist die nach [§ 87 Abs. 2a](#) zugrunde zu legende Definition der Arztgruppen zu berücksichtigen.

§ 87b Abs. 3 Satz 7

7Als Tätigkeitsumfang nach Satz 2 gilt der Umfang des Versorgungsauftrags, mit dem die der jeweiligen Arztgruppe angehörenden Vertragsärzte zur Versorgung zugelassen sind, und der Umfang des Versorgungsauftrags, der für die angestellten Ärzte der jeweiligen Arztgruppe vom Zulassungsausschuss genehmigt worden ist.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses, eine neue Arztgruppe der „Ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Vertragsärzte“ zu bilden, ist somit zustande gekommen, ohne dass es dafür eine gesetzliche Grundlage gäbe.

Allenfalls hätten innerhalb der definierten Arztgruppen Untergruppen gebildet werden dürfen, da u. a. auch nur so die korrekte Zuordnung zu den im SGB V definierten Versorgungsbereichen (HÄ/FÄ) stattfindet.

Elmar Mertens