

DIERKS + BOHLE
RECHTSANWÄLTE

Kurfürstendamm 195 | 10707 Berlin | Telefon + 49.30.327 787 - 0 | E-Mail office@db-law.de | www.db-law.de

DIERKS + BOHLE

Die Laborreform aus Sicht der betroffenen Ärzte

Köln, 21.09.2013

RA Dr. iur. Ronny Hildebrandt
Rechtsanwalt und Fachanwalt für Medizinrecht
Dierks + Bohle Rechtsanwälte, Berlin

Seite 2

Agenda

- Rechtsgrundlage für KBV-Vorgaben im SGB V
- Umsetzungssystematik
- Teil E – Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen
- Bundeseinheitliche Abstaffelungsquote „Q“
- Umverteilung morbiditätsbedingter Zuwächse
- Konsequenzen
- Kompetenz der KBV?
- BSG vom 17.07.2013 (B 6 KA 45/12 R) zur Quotierung der Vergütung freier Leistungen

Honorarverteilungssystematik seit 2012

- Vorgaben im SGB V auf Mindestmaß reduziert
- Beschlüsse des Bewertungsausschusses aufgehoben
- Honorarverteilung (wieder) Satzungsrecht der KV („Honorarverteilungsmaßstab“ – „HVM“ statt „Honorarverteilungsvertrag“ – „HVV“)
- HVM ergehen im Benehmen mit den Kassen
- KBV macht bestimmte Vorgaben (z.B. zur Festlegung und Anpassung der Vergütungsvolumina für die haus- und fachärztliche Versorgung) mit verbindlicher Wirkung für KVen

Rechtsgrundlage für KBV-Vorgaben

§ 87b Absatz 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des GKV-VStG:

„Darüber hinaus hat die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** Vorgaben insbesondere zu den **Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3** zu bestimmen; dabei ist das **Benehmen** mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach den Sätzen 1 und 2 **sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.**“

- **Absatz 2 Satz 1:**
 - Regelung zur **Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung** der Tätigkeit **über den Versorgungsauftrag hinaus**
 - Gewährung einer **Kalkulationssicherheit** des zu erwartenden Honorars
- **Absatz 2 Satz 2:**
 - angemessene Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen
 - gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen
- **Absatz 2 Satz 3:**
 - Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Historie

The screenshot shows the website of the Kassenärztliche Vereinigung Sachsen. The main content area displays a list of KBV-Vorgaben (KBV regulations) under the heading 'KBV-Vorgaben gemäß § 87 Abs. 4 SGB V'. The list includes the following items:

- KBV-Vorgaben 02.09.2013 - Anpassung Teil G
- KBV-Vorgaben 01.07.2013 - Anpassung Teil B
- KBV-Vorgaben 28.08.2013 - Anpassung Teil G
- KBV-Vorgaben 25.08.2013 - Anpassung Teil A
- KBV-Vorgaben 25.08.2013 - Anpassung Teil E
- KBV-Vorgaben 25.08.2013 - Anpassung Teil F
- KBV-Vorgaben 25.08.2013 - Anpassung Teil H
- KBV-Vorgaben 16.05.2013
- KBV-Vorgaben 21.11.2012 - Teil A - F
- KBV-Vorgaben 08.08.2012 - Teil E (Lesefassung)
- KBV-Vorgaben 20.05.2012 - Anhang zum Teil B (Lesefassung)
- KBV-Vorgaben 12.05.2012 - Teil E (Lesefassung)
- KBV-Vorgaben 11.06.2012
- KBV-Vorgaben 11.08.2012 - Teil F
- KBV-Vorgaben 27.04.2012
- KBV-Vorgaben 10.01.2012
- KBV-Vorgaben 15.12.2011

Quelle: <http://www.kvs-sachsen.de/mitglieder/rechtsquellen/kbv-vorgaben/>

Gliederung der KBV-Vorgaben

- **Teil A:** Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Vereinigungen (Stand: 25.06.2013)
- **Teil B:** Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung (Stand: 01.07.2013)
- **Teil C:** Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen (Stand: 21.11.2012)
- **Teil D:** Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen (Stand: 15.12.2011)
- **Teil E:** Vorgaben zur Vergütung laboratoriumsmedizinischer Leistungen (Stand: 25.06.2013)
- **Teil F:** Vorgaben zu den Grundsätzen des zu bereinigenden Honorars (Stand: 25.06.2013)
- **Neu! Teil G:** Vorgaben zur Vergütung von Leistungen der Humangenetik (genetisches Labor) (Stand: 02.09.2013)
- **Neu! Teil H:** Vorgabe zur Ermittlung des versorgungsbereichsspezifischen Grundbetrags für die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung „PFG“ (Stand: 25.06.2013)

Teil E

- Ziel: bundesweite **Vereinheitlichung** der Vergütung der Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin
- Wesentliche Vorgaben zur Vergütung:
 - innerhalb der MGV (Präambel)
 - Laborgrundpauschalen (GOPen 12210 u. 12220) multipliziert mit Anpassungsfaktor i.H.v. 1,4458 gemäß regionalem Euro-EBM (Ziffer 3.2)
 - Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) (Ziffer 3.1.) und einige weitere (Basis-) Laborleistungen (Ziffer 3.3) gemäß regionalem Euro-EBM
 - Alle übrigen Kostenpauschalen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM multipliziert mit bundeseinheitlicher **Abstaffelungsquote Q** gemäß regionalem Euro-EBM (Ziffer 3.3)
 - Bei „Nicht-Laborärzten“: Kostenpauschalen nach Abschnitt 32.3 EBM multipliziert mit bundeseinheitlicher **Abstaffelungsquote Q** bis zur **Höhe des Referenz-Fallwert-Budgets** gemäß regionalem Euro-EBM; Abweichungen möglich bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen zur Qualitätssicherung gem. BÄK-RL (Ziffer 3.4)

Exkurs: EBM

KBV	32574	Röteln - Antikörper - Immunoassay
Beschreibung		
Rötelnantikörper-Nachweis mittels Immunoassay		
Obligator Leistungsinhalt		
<ul style="list-style-type: none"> Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgG oder <ul style="list-style-type: none"> Untersuchung auf Antikörper der Klasse IgM 		
Abrechnungsbestimmung		
je Klasse		
Abrechnungsausschluss		
in derselben Sitzung	Leistungen 01802 01803	Kapitel
Berichtspflicht		
Nein		
Beurteilung		
		Gesamt (€) 9,60

Kassenärztliche Bundesvereinigung Berlin, Stand 3/2013, erstellt am 13.08.2013 (V. 7.1)

Teil E

- Ziel: bundesweite **Vereinheitlichung** der Vergütung der Leistungen und Kostenpauschalen der Laboratoriumsmedizin
- Wesentliche Vorgaben zur Vergütung:
 - innerhalb der MGV (Präambel)
 - Laborgrundpauschalen (GOPen 12210 u. 12220) multipliziert mit Anpassungsfaktor i.H.v. 1,4458 gemäß regionalem Euro-EBM (Ziffer 3.2)
 - Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001) (Ziffer 3.1.) und einige weitere (Basis-) Laborleistungen (Ziffer 3.3) gemäß regionalem Euro-EBM
 - Ansonsten alle Kostenerstattungen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM multipliziert mit bundeseinheitlicher **Abstaffelungsquote Q** gemäß regionalem Euro-EBM (Ziffer 3.3)
 - Bei „Nicht-Laborärzten“: Kostenpauschalen nach Abschnitt 32.3 EBM multipliziert mit bundeseinheitlicher **Abstaffelungsquote Q** bis zur **Höhe des Referenz-Fallwert-Budgets** gemäß regionalem Euro-EBM; Abweichungen möglich bei Nachweis der Erfüllung der Anforderungen zur Qualitätssicherung gem. BÄK-RL (Ziffer 3.4)

Abstaffelungsquote „Q“

- **Bekanntgabe** halbjährlich gegenüber KVen bis 8. des Vormonats vor Halbjahresbeginn (also 08.05. bzw. 08.11.) in Rundschreiben
- **Berechnung:**
 - Auf Grundlage der von den KVen bereitgestellten Abrechnungsdaten
 - Quartale 4/2013 bis 3/2014:
 - Vergütungsvolumen für Laborleistungen abzgl. Volumen der nicht „Q“ unterliegenden Leistungen im Vorjahresquartal (VJQ) abzgl. Bereinigung für selektivvertragliche Leistungen
 - Division des „Q“-relevanten Vergütungsvolumens im VJQ durch das im VJQ angeforderte „Q“-relevante Honorarvolumen
 - „Q-Airbag“ bei 0,9158
 - Quartale 4/2014 – 3/2015:
 - Berechnung auf Grundlage des Vergütungsvolumens Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B Ziffern 2.1 bis 4.
 - Ab Quartal 4/2015:
 - Berechnung auf Grundlage des Vergütungsvolumens Grundbetrag „Labor“ gemäß Teil B Ziffer 8.

Mindestwert/Umschichtung

„Anmerkung:

Der Mindestwert für die Abstaffelungsquote in Höhe von 0,9158 gemäß Nr. 1.2 entspricht der zum Zeitpunkt des Beschlusses zur Anpassung des Teils E der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zuletzt bekanntgegebenen Quote für das zweite Halbjahr 2013. Bis zum 30. September 2015 ist in Zusammenhang mit der Prüfung des Grundbetrages „Labor“ gemäß KBV-Vorgabe, Teil B auch die Mindestquote zu überprüfen.“

- In Teil B ist geregelt, dass das Vergütungsvolumen für laboratoriumsmedizinische Leistungen und Kostenerstattungen für den Zeitraum der Quartale 4/2013 bis 3/2013 nicht an der Steigerung der MGV wegen Veränderung der Morbiditätsstruktur (Empfehlungen des Bewertungsausschusses + regionale Besonderheiten) teilnimmt
- Umschichtung dieses „freigesetzten“ Vergütungsvolumens in die haus- und fachärztlichen Grundbeträge (m.E. basiswirksam)

Konsequenzen

- (m.E. basiswirksame) Umschichtung der Morbi-Zuwächse und (gleichzeitig) morbiditätsbedingter Anstieg der Laboranforderungen werden dazu führen, dass Mindestquote rechnerisch nicht erreicht wird
- „Q“ wird bis Quartal III/2015 (vorbehaltlich früherer Intervention seitens der KVB) kontinuierlich 0,9158 betragen
- Unterschüsse werden gemäß Trennungsfaktor durch Haus- und Fachärzte ausgeglichen (Teil E Ziffer 3.5, Teil B Ziffer 7.1)
- Zusätzliche regionale Quoten (z.B. KV Sachsen) unzulässig (Teil B Ziffer 7. am Ende)
- Folge: Mindestquote wird (spätestens zum 01.10.2015) abgesenkt oder (wieder) ganz aufgehoben werden

Kritische Auseinandersetzung

- „Q“ ist keine Mengenbegrenzungsregelung
 - „Q“ ist keine Abstaffelungsregelung
 - „Q“ gilt unverändert von der ersten bis zur letzten Leistung
 - „Q“ ist auch keine Honorarbegrenzungsregelung
 - „Q“ gilt unabhängig von dem Umfang der Laboranforderungen im Abrechnungsquartal
 - „Q“ bewirkt eine **Modifizierung** der in den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM **vertraglich vereinbarten Euro-Beträge** für Kostenerstattungen in Bezug auf den analytischen der Teil der Laboratoriumsuntersuchungen
- Kompetenz der KBV???

Zuständigkeit der KBV?

§ 87b Absatz 4 Satz 2 SGB V in der Fassung des GKV-VStG:

„Darüber hinaus hat die **Kassenärztliche Bundesvereinigung** Vorgaben insbesondere zu den **Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3** zu bestimmen; dabei ist das **Benehmen** mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die **Vorgaben** nach den Sätzen 1 und 2 **sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.**“

➤ **Absatz 2 Satz 1:**

- Regelung zur **Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung** der Tätigkeit **über den Versorgungsauftrag hinaus**
- Gewährung einer **Kalkulationssicherheit** des zu erwartenden Honorars

➤ **Absatz 2 Satz 2:**

- angemessene Berücksichtigung kooperativer Versorgungsformen
- gesonderte Vergütungsregelungen für vernetzte Praxen

➤ **Absatz 2 Satz 3:**

- Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Zuständigkeit des Bewertungsausschusses?

§ 87 Abs. 1 S. 1 SGB V

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen **durch Bewertungsausschüsse** als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen **einheitlichen Bewertungsmaßstab** für die ärztlichen und einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen.

§ 87 Abs. 2 S. 1 SGB V

Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den **Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander**; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen; dies gilt nicht für vertragszahnärztliche Leistungen.

- **Kostenerstattungen nach Abschnitt 32.2 und 32.3 EBM sind nicht in Punkten festgelegt, sondern als Euro-Beträge vereinbart!**

Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner?

§ 82 Abs. 1 SGB V

Den allgemeinen Inhalt der Verträge vereinbaren die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen in Bundesmantelverträgen. Der Inhalt der Bundesmantelverträge ist Bestandteil der Gesamtverträge.

Ziffer. 1 der Präambel zu Abschnitt 32.2 EBM

Bei den im Abschnitt 32.2 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. Der tatsächliche Vergütungsanspruch errechnet sich aus den vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen nach Satz 1 multipliziert mit der für das entsprechende Quartal gültigen Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil E und gilt als Höchstpreis.

➤ **Modifikation der Präambel durch Bewertungsausschuss beschlossen!**

Seite 17

Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner?

Ziffer. 1 der Präambel zu Abschnitt 32.3 EBM

Bei den im Abschnitt 32.3 aufgeführten Bewertungen handelt es sich um vertraglich vereinbarte EURO-Beträge für die Kosten der laboratoriumsmedizinischen Analysen. Der tatsächliche Vergütungsanspruch errechnet sich aus den vertraglich vereinbarten Euro-Beträgen nach Satz 1 multipliziert mit der für das entsprechende Quartal gültigen Abstaffelungsquote gemäß den Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87 b Abs. 4 SGB V (Artikel 1, Nr. 24 GKV-VStG) zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen Teil E und gilt als Höchstpreis.

➤ **Modifikation der Präambel durch Bewertungsausschuss beschlossen!**

Seite 18

Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner?

(BSG, Urteil vom 27.06.2012, Az. B 6 KA 28/11 R)

„Das Gesetz hat dem BewA durch § 87 SGB V bestimmte originäre Aufgaben übertragen und sie damit der - **ansonsten nach § 82 SGB V bestehenden - Zuständigkeit der Bundesmantelvertragspartner** entzogen; ihm kommt mithin ein spezieller Aufgabenbereich zu [...].

[...] **die Verteilung der Normsetzungskompetenzen im Vertragsarztrecht [lässt] nicht zu, dass ein Normgeber Regelungen zu Gegenständen der vertragsärztlichen Versorgung trifft, die gesetzlich anderen Normgebern zugewiesen sind** (vgl BSGE 105, 243 = SozR 4-2500 § 116b Nr 2, RdNr 37 - zum GBA).“

Ist die Einführung der Abstufungsquote durch die KBV kompetenzrechtlich durch § 87b Absatz 4 SGB V gedeckt?

- Es handelt sich nicht um Mengenbegrenzung, sondern führt unmittelbar eine Änderung der in den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM vereinbarten Euro-Beträge herbei.
- Keine Änderung der Präambeln Ziffer 1 der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM durch Bundesmantelvertragspartner

Honorarverteilungsgerechtigkeit?

BSG, Beschluss vom 23.05.2007, AZ. B 6 KA 91/06 B

„Das **Regelungsziel** der Vertragspartner des Kapitels U zum EBM-Ä, den Laborärzten **durch die Pauschalerstattung auf einem eher niedrig kalkulierten Niveau Kalkulations- und Planungssicherheit zu gewährleisten, wäre gefährdet**, wenn durch **Maßnahmen der Honorarverteilung** der jeweils festgesetzte Betrag den betroffenen Laborärzten nicht in dem vollen, bundesmantelvertraglich vereinbarten Umfang zufließen würde.“

- Jede weitere Kürzung der Kostenerstattungen nach den Abschnitten 32.2 und 32.3 EBM widerspricht der verbindlichen und vorgefichen Zielsetzung der von Pauschalerstattungen unter Berücksichtigung der EBM-spezifischen Abstufungsregelungen
- Verstoß gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit, insbes. Unzumutbarkeit der interagierenden Wechselwirkungen von EBM- und KBV-Vorgaben

Ausblick

BSG, Urteil vom 17.07.2013, AZ. B 6 KA 45/12 R

Terminbericht Nr. 35/13

„Die sog "freien" Leistungen mussten im Quartal II/2010 nicht vollständig von **mengenbegrenzenden Regelungen** freigestellt werden.

[...] durfte der **Bewertungsausschuss** Leistungen bestimmen, die innerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) honoriert werden, aber nicht Bestandteil der Regelleistungsvolumina (RLV) sein sollten, und Vorgaben zu deren Vergütung machen. Der Bewertungsausschuss hat dazu entschieden, dass ua die "dringenden Besuche" und die "besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes" außerhalb der RLV zu vergüten, aber einer **Mengensteuerung** zu unterziehen sind. Das ist im HVV für den Bezirk der beklagten KÄV so umgesetzt worden, dass ein **spezielles Honorarvolumen** auf der Basis der Abrechnungsergebnisse der jeweiligen Quartale des Jahres 2008 gebildet worden ist. Das Punktzahlvolumen aus dem Referenzquartal ergibt multipliziert mit dem Punktwert der baden-württembergischen Euro-Gebührenordnung das maßgebliche Kontingent. **Steigt die Zahl der abgerechneten Punkte für die erfassten Leistungen, erfolgt eine Quotierung der Vergütung, wobei die Quote nicht unter 80% absinken darf.**“

Ausblick

BSG, Urteil vom 17.07.2013, AZ. B 6 KA 45/12 R

Terminbericht Nr. 35/13

„Dieser Mechanismus hat zur Folge, dass je nach Mengenentwicklung die vom RLV nicht erfassten "freien" Leistungen auch mit einem **Punktwert** vergütet werden können, der **unterhalb des Wertes für das RLV** liegt. Das steht nicht im Widerspruch zu den gesetzlichen Regelungen des § 87b SGB V.

Die "**Förderung**" dieser Leistungen i.S.d. § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V wird schon durch die **Herausnahme aus dem RLV erreicht, weil Anreize für den Arzt gesetzt werden, die entsprechenden Leistungen** – z.B. die dringenden Besuche – **auch dann zu erbringen, wenn das RLV ausgeschöpft ist.** Dieser Effekt wird auch erreicht, wenn die "freien" Leistungen nicht zu den vollen Preisen der Euro-Gebührenordnung, sondern nur quotiert vergütet werden.

Eine **mengenabhängige Quotierung der "freien" Leistungen** innerhalb der MGV soll verhindern, dass die RLV auf ein Niveau sinken, auf dem sie ihre Funktion nicht mehr erfüllen können, eine **angemessene Vergütung der Mehrzahl der Leistungen der meisten Arztgruppen** zu gewährleisten. Eine unverhältnismäßige Belastung des Klägers wird damit nicht bewirkt.“

Kritik & Fazit

BSG, Urteil vom 17.07.2013, AZ. B 6 KA 45/12 R

- Quotierung der vormals „freien“ Leistungen kein Mengengrenzungsinstrument, sondern Honorargrenzungsinstrument
- Für Honorargrenzungsinstrument keine Kompetenz des Bewertungsausschusses
- Gesetzgeberisches Ziel der Abschaffung floatender Punktwerte sowie Schaffung von Kalkulations- und Planungssicherheit für Arztgruppen ohne RLV (Labor, Mikrobiologie, Pathologie etc.) missachtet
- Verweis auf „Hamsterrad“ fragwürdig
- Fraglich, ob Entscheidung auf laboratoriumsmedizinische Kostenerstattungen übertragbar ist
- BSG müsste bisherige Rechtsprechung (Beschluss vom 23.05.2007, B 6 KA 91/06 B) ausdrücklich aufgeben

DIERKS + BOHLE

RECHTSANWÄLTE

Dr. Ronny Hildebrandt
Kurfürstendamm, 10707 Berlin
Tel: 030 - 327 787 0 | Fax: 030 - 327 787 77
office@db-law.de

www.db-law.de

Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit!