



**Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß
§ 87 Abs. 2e SGB V zur Höhe und Anwendung von
Orientierungswerten mit Wirkung zum 1. Januar 2010
- News vom 15.11.2009 -**

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat das Vorgehen zur Festlegung der Orientierungswerte zu Vergütung von ärztlichen Leistungen im Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung durch Beschluss vom 02.09.2009 festgelegt.

Nach § 87 Abs. 2e SGB V werden die Honorare für vertragsärztliche Leistungen ab dem 01.01.2010 nach dem Versorgungsgrad differenziert. Der Bewertungsausschuss legt hierfür Orientierungswerte für den Regelfall sowie bei festgestellter Unter- und Überversorgung fest.

Auf Basis des Beschlusses des Bewertungsausschusses sind von den Partnern der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 2 SGB V für Planungsbezirke mit Überversorgung künftig Abschläge bei den Punktwerten für die Vergütung vorzusehen, für Regionen mit Unterversorgung sind Zuschläge bei den Punktwerten gegenüber der Versorgung im Regelfall vorzusehen. Die Abschlagsregelungen bei Überversorgung gelten auch für die bereits im überversorgten Planungsbereich niedergelassene Ärzte und Psychotherapeuten.

Die morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen, die die Krankenkassen an die Kassenärztlichen Vereinigungen entrichten, berücksichtigen nach § 87a Abs. 3 SGB V die differenzierten Punktwerte. Der Gesetzgeber beabsichtigt ausdrücklich, dass diese Regelungen steuernde Wirkung entfalten.

BERLIN

KNAACKSTRASSE 22/24
(AM WASSERTURM)
10405 BERLIN
FON 030 / 48 48 82 - 0
FAX 030 / 48 48 82 48
BERLIN@RKKM.DE

HAMBURG

HEUBERGREDDER 12
22297 HAMBURG
FON 040 / 521 08 70 0
FAX 040 / 521 08 70 10
HAMBURG@RKKM.DE

BRANDENBURG (HAVEL)

KIRCHHOFSTRASSE 17
(VILLA REICHSTEIN)
14776 BRANDENBURG
TEL. +49 (0)3381 / 80 43 53-0
FAX +49 (0)3381 / 80 43 53-5
BRANDENBURG@RKKM.DE

DRESDEN

ROQUETTESTRASSE 55
01157 DRESDEN
FON 0351 / 4 40 06 30
FAX 0351 / 4 40 06 3
dresden@rkkm.de

RECHTSANWÄLTE *

OLIVER KISPERT LL.M.¹

TILO KRAUSE^{2, 3}

SEBASTIAN WEISS⁴

DIERK MEINRENKEN⁵

JÖRN FRANZ⁶

JAN HARTMANN

THORSTEN KRULL

Dr. Giorgio Reinheldt⁷

Dr. Uwe Mosig⁸

Henryk Füg

Jörg Dawidczak

STEUERBERATER

JEAN-PAUL WENDORFF

(StB i.S.d. § 58 S.1 StBERG)

FACHANWÄLTE

1 FA STEUERRECHT

2 FA FÜR ARBEITSRECHT

3 FA FÜR MIETRECHT UND

WOHNUNGSEIGENTUMSRECHT

4 FA FÜR FAMILIENRECHT

5 FA FÜR VERKEHRSRECHT

6 FA FÜR ARBEITSRECHT

7 FA FÜR STEUERRECHT

8 FA FÜR STRAFRECHT

1. Orientierungswerte bei festgestellter Unter- und Überversorgung

Für jede in § 4 Abs. 1 der Bedarfsplanungs-Richtlinie berücksichtigte Arztgruppe wird in jedem Planungsbereich das Versorgungsmaß entsprechend dem Versorgungsgrad dieser Arztgruppe in diesem Planungsbereich festgelegt.

Insgesamt gibt es fünf Versorgungsmaße:

1. Unterversorgung II: Versorgungsgrad 56,25% bei Hausärzten bzw. 37,5% bei Fachärzten unterschritten
2. Unterversorgung I: Versorgungsgrad bei Hausärzten größer gleich 56,25%, aber kleiner als 75% bzw. größer gleich 37,5%, aber kleiner als 50% bei Fachärzten
3. Regelversorgung: Versorgungsgrad bei Hausärzten zwischen 75% und 110% bzw. bei Fachärzten zwischen 50% und 110%,
4. Überversorgung I: Versorgungsgrad größer als 110%, aber kleiner als 150%,
5. Überversorgung II: Versorgungsgrad größer/gleich 150%

2. Versorgungsmaßspezifischer Zuschlag bzw. Abschlag

Für die Berechnung der Zuschläge und Abschläge werden drei Gruppen gebildet und entsprechend des Grads der Über- bzw. Unterversorgung entsprechende Faktoren für Abschläge (FA) und Zuschläge (FZ) zugeordnet. Ermächtigungen werden dabei nicht mitgezählt. Auch die Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Leistungen und die Universitätsambulanzen fließt nicht in die Berechnung ein. Die Zu- und Abschläge werden in Prozent des regionalen Punktwertes ausgedrückt. Die prozentualen Zu- und Abschläge werden ab Erreichen eines Grenzwerts fällig.

Es gelten zudem drei unterschiedliche Werte für die prozentualen Abzüge bzw. Zuschläge vom Punktwert:

Gruppe 1: Alle Fachgruppen außer Radiologen, Chirurgen und Psychotherapeuten:

Übersorgung II: - 14 %

Übersorgung I: -7 %

Unterversorgung I: +10 %,

Unterversorgung II: +20 %

Gruppe 2: Radiologen, Chirurgen:

Übersorgung II: -11 %

Übersorgung I: -5,5 %

Unterversorgung I: +8 %

Unterversorgung II: +16 %

Gruppe 3: Psychotherapeuten:

Übersorgung II: -19 %

Übersorgung I: -9,5 %,

Unterversorgung I: +13,5 %

Unterversorgung II: +27 %

Die Höhe der Orientierungswerte Unterversorgung I und II berechnet sich aus einem versorgungsmaßspezifischen Zuschlag bei Unterversorgung zum Orientierungswert:

Versorgungsgrade und prozentuale Zu-/ Abschläge	Versorgungsgrad in der fachärztlichen Bedarfsplanung (in %)	Versorgungsgrad in der hausärztlichen Bedarfsplanung (in %)	Zuschläge / Abschläge in der Gruppe 1 (Fachärzte, Hausärzte)	Zuschläge / Abschläge in der Gruppe 2 (Radiologen, Chirurgen)	Zuschläge / Abschläge in der Gruppe 3 (Psychotherapeuten)
Übersversorgung II	über 150 %	über 150 %	-14%	- 11%	- 19%
Übersversorgung I	>110% bis zu 150%	>110% bis zu 150%	-7%	- 5,5%	-9,5%
Regelversorgung	50% bis 110%	75% bis 110%	0	0	0
Unterversorgung I	37,5% bis < 50%	56,25% bis <75%	+ 10%	+ 8%	+ 13,5%
Unterversorgung II	unter 37,5 %	unter 56,25 %	+ 20%	+ 16%	+ 27%

Durch die Punktwertzuschläge und Punktwertabschläge entstehen fünfzehn verschiedene Punktwerte, die vom einheitlichen Regelpunktwert von 3,5048 EURO- Cent für das Jahr 2010 abweichen.

Die Punktwerte lassen sich wie folgt darstellen:

Versorgungsgrade und prozentuale Zu-/ Abschläge	Versorgungsgrad in der fachärztlichen Bedarfsplanung (in %)	Versorgungsgrad in der hausärztlichen Bedarfsplanung (in %)	Punktwert in der Gruppe 1 (Fachärzte, Hausärzte)	Punktwert in der Gruppe 2 (Radiologen, Chirurgen)	Punktwert in der Gruppe 3 (Psychotherapeuten)
Übersversorgung II	über 150 %	über 150 %	3,01 € Cent	3,12 € Cent	2,84 € Cent
Übersversorgung I	>110% bis zu 150%	>110% bis zu 150%	3,26 € Cent	3,31 € Cent	3,17 € Cent
Regelversorgung	50% bis 110%	75% bis 110%	3,50 € Cent	3,50 € Cent	3,50 € Cent
Unterversorgung I	37,5% bis < 50%	56,25% bis <75%	3,86 € Cent	3,79 € Cent	3,98 € Cent
Unterversorgung II	unter 37,5 %	unter 56,25 %	4,21 € Cent	4,07 € Cent	4,45 € Cent

Der Zuschlag gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 2 SGB V wird folgendermaßen berechnet:

$$\text{OWVM,AG} = \text{OWR} \times [1 + \text{FZAG}/100]$$

OWVM,AG: Orientierungswert versorgungsmaßspezifisch je Arztgruppe bzw. Gruppeneinteilung für die Faktorbildung

OWR: Orientierungswert Regelfall

FZAG: Faktoren-Zuschläge zum Orientierungswert Regelfall je Arztgruppe

Die Faktoren für Abschläge bei Überversorgung (FA) werden für die Arztgruppen (AG) gemäß § 4 Bedarfsplanungs-Richtlinie wie folgt festgelegt:

Der Abschlag gem. § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 3 SGB V wird folgendermaßen berechnet:

$$\text{OWVM,AG} = \text{OWR} \times [1 - \text{FAAG}/100]$$

OWVM,AG: Orientierungswert versorgungsmaßspezifisch je Arztgruppe bzw. Gruppeneinteilung für die Faktorbildung

OWR: Orientierungswert Regelfall

FAAG: Faktor für Abschläge bei Überversorgung je Arztgruppe

3. Konvergenzphase

Für Ärzte, die bereits vor dem 01.01.2010 oder mit Wirkung zum 01.01.2010 in Planungsbereichen zugelassen waren, in denen einer der Orientierungswerte Überversorgung I bzw. II Anwendung findet, findet im Jahr 2010 der Orientierungswert Regelversorgung Anwendung. In den Jahren 2011 bis 2016 findet für diese Ärzte eine Konvergenzphase Anwendung. Der Abschlag in der Konvergenzphase für diese Ärzte wird dadurch ermittelt, dass der Wert der Tabelle in Anlage 1 Ziffer 2 mit dem Konvergenzfaktor A multipliziert wird.

Der Konvergenzfaktor A beträgt:

2011: 0,1

2012: 0,2

2013: 0,3

2014: 0,5

2015: 0,7

2016: 0,9

Für Ärzte, die zwischen dem 01.01.2010 und dem 31.12.2011 eine Praxis in Planungsbereichen erwerben, in denen einer der Orientierungswerte Überversorgung I bzw. II Anwendung findet, findet im Jahr 2010 der Orientierungswert Regelversorgung Anwendung. Für diese Ärzte findet für die Abschläge in den Jahren 2011 bis 2013 eine Konvergenzregelung Anwendung.

Der Abschlag in der Konvergenzphase für diese Ärzte wird dadurch ermittelt, dass der Wert der Tabelle in Anlage 1 Ziffer 2 mit dem Konvergenzfaktor B multipliziert wird.

Der Konvergenzfaktor B beträgt:

2011: 0,1

2012: 0,4

2013: 0,7

Es erscheint fraglich, ob die Abstufung der Punktwerte nach dem Grad der Versorgung im Planungsbereich geeignet ist, die ambulante ärztliche Versorgung in strukturschwachen Regionen zu verbessern. Der gesetzgeberische Lenkungszweck dürfte verfehlt sein.

Für die Ärzte bedeutet der nicht langfristige kalkulierbare Punktwert eine erhebliche Planungsunsicherheit.

Jörn Franz

Rechtsanwalt