

- Abrechnung
- Steuern
- Recht
- Betriebswirtschaft

## Kassenabrechnung

### Neue Honorarverteilung in Rheinland-Pfalz: Individualbudgets ersetzen RLV und QZV

Als bundesweit erste KV nutzt die KV Rheinland-Pfalz die durch das Versorgungsstrukturgesetz eröffnete Möglichkeit, die bisherige RLV- und QZV-Systematik durch völlig anders gestaltete Honorarverteilungsregelungen zu ersetzen. Laut Beschluss vom 15. Februar 2012 werden RLV und QZV sowie der Kooperationszuschlag als Grundlage der Honorierung abgeschafft. Stattdessen sieht der neue, ab 1. April 2012 geltende Honorarverteilungsmaßstab (HVM) eine Vergütung der Versicherten- und Grundpauschalen sowie einiger weiterer Leistungen mit festen Punktwerten vor. Für alle übrigen Leistungen gelten Mengenbegrenzung im Sinne von Individualbudgets. Nachfolgend informieren wir über die für Radiologen wesentlichen Inhalte dieser neuen Verteilungssystematik in Rheinland-Pfalz, die möglicherweise Grundlage für künftige Honorarverteilungsregelungen auch in anderen KVen ist.

#### Leistungen mit festen Punktwerten

Außerhalb von Mengenbegrenzungen mit festen Punktwerten werden unverändert sämtliche Leistungen außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) vergütet. Dies sind für Radiologen im Wesentlichen strahlentherapeutische Leistungen des Kapitels 25 EBM sowie die Leistungen des Mammographie-Screenings. Darüber hinaus wird nur noch der für Radiologen vergleichsweise unbedeutende Wirtschaftlichkeitsbonus Labor nach Nr. 32001 mit einem festen Punktwert von 3,5048 Cent vergütet. Für die Konsiliarpauschalen nach den EBM-Nrn. 24210 bis 24212 ist – im Gegensatz zu den Grundpauschalen bei den übrigen Fachärzten – kein fester Punktwert vorgesehen.

#### Honorarkontingent auf Basis der in 2011 abgerechneten Leistungen

Für die übrigen Leistungen der Radiologen, Nuklearmediziner und Strahlentherapeuten wird ein sogenannter Fachgruppenfonds gebildet. Basis dieses Honorarkontingents ist der Anteil der von den Radiologen, Nuklearmedizinern und Strahlen-

therapeuten im Vorjahresquartal 2011 abgerechneten Leistungen an den abgerechneten Leistungen aller Fachgruppen im fachärztlichen Versorgungsbereich. Dieses Honorarkontingent wird aufgeteilt in einen Anteil von 98 Prozent für mengenbegrenzte Leistungen und einen Anteil von 2 Prozent für die darüber hinausgehenden Leistungen.

#### Mengenbegrenzung in Form von Individualbudgets

Die Mengenbegrenzung selbst ist als Individualbudget ausgestaltet. Dieses Budget entspricht den abgerechneten Leistungen des einzelnen Arztes im jeweiligen Vorjahresquartal. Dabei sind bei Berufsausübungsgemeinschaften Über- und Unterschreitungen der arztindividuellen Budgets gegenseitig verrechnungsfähig, da sich die Mengenbegrenzung auf die Praxis und nicht auf den einzelnen Arzt der Praxis bezieht.

Der Punktwert für die Leistungen des Individualbudgets ergibt sich durch Division des entsprechenden Honorarvolumens (98 Prozent des Honorarkontingents) durch die zu berücksichtigenden Punktzahlanforderungen. Er beträgt mindestens 2,50 Cent.

Der Punktwert für die darüber hinausgehenden Punktzahlanforderungen, also die „Mehrleistungen“

#### Inhalt

##### Vergütungsrecht

Privatpatient ohne Überweisungsschein muss indizierte MRT-Untersuchung bezahlen

##### Einkommensteuer

Arbeiten im Garten sind begünstigte Handwerkerleistungen

##### Darlehensverträge

Zinsklausel zu unbestimmt: Bank soll über 230.000 Euro zurückzahlen!

im Vergleich zum Vorjahresquartal, ergibt sich durch Division des entsprechenden Honorarvolumens (2 Prozent des Honorarkontingentes) durch die zusätzlichen Punktzahlanforderungen. Der Mindestpunktwert für diese Leistungen beträgt 0,50 Cent.

### **Quotierung bei überdurchschnittlich abrechnenden Praxen**

Die bisherige Abstufung beim RLV für Ärzte mit einer Fallzahl von mehr als 150 Prozent des Arztgruppendurchschnitts entfällt. Stattdessen erfolgt eine Quotierung der übrigen Leistungen des Vorjahresquartals ab einer Überschreitung des Arztgruppendurchschnitts um mehr als 70 Prozent (um 25 Prozent) bzw. 100 Prozent (um 50 Prozent).

Auch diese Berechnungen beziehen sich bei Berufsausübungsgemeinschaften nicht auf den einzelnen Arzt, sondern die Praxis insgesamt. Dabei werden bei der Arztgruppe der Radiologen vier getrennte Durchschnittswerte gebildet, und zwar für

- Radiologen nur mit Röntgen,
- Radiologen mit überwiegend CT,
- Radiologen mit überwiegend MRT sowie
- Radiologen mit CT und MRT.

### **Geringere Förderung von Kooperationen als bisher**

Einen sogenannten Kooperationszuschlag für Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten wie bei den RLV und QZV gibt es nicht mehr. Lediglich fachgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe werden durch den in

den Allgemeinen Bestimmungen zum EBM, Ziffer 5.1, vorgegebenen Aufschlag von 10 Prozent auf die Punktzahl für die Konsiliarpauschalen gefördert.

### **Härtefallregelung geändert – nun Bezug zum Vorjahresquartal**

Auch der neue Verteilungsmaßstab enthält eine Härtefallregelung, allerdings jetzt bezogen auf das jeweilige Vorjahresquartal: Ausgleichszahlungen können geleistet werden, wenn der Fallwertverlust durch die Änderungen in der Honorarverteilung mindestens 15 Prozent beträgt.

### **Wer sind die Gewinner, wer die Verlierer?**

Da das von den Krankenkassen zur Verfügung gestellte Honorarvolumen unverändert bleibt, führt die neue Honorarverteilungssystematik in Rheinland-Pfalz zwangsläufig zu Honorarverschiebungen zwischen den jeweiligen Fachgruppen und innerhalb der Fachgruppen.

Basis für die unverändert geltenden Honorarkontingente der einzelnen Fachgruppen sind jetzt nicht mehr die jeweiligen Leistungen der Fachgruppen des Jahres 2008, sondern des Vorjahresquartals, also für das Quartal 2/2012 das Quartal 2/2011. Diejenigen Fachgruppen, deren Leistungsanforderungen im Vergleich zu 2008 relativ stärker gestiegen sind als der Durchschnitt, erhalten somit ein höheres Honorarkontingent, Fachgruppen mit unterdurchschnittlicher Leistungsentwicklung ein niedrigeres Honorarkontingent.

Zur Vermeidung größerer Schwankungen gilt jedoch eine sogenannte Honorarklammer: Das Honorarkon-

tingent der jeweiligen Fachgruppe darf das entsprechende Vergütungsvolumen des Vorjahresquartals um maximal 5 Prozent über- oder unterschreiten.

Ungeachtet dieser Veränderung des Bezugszeitraums müssen diejenigen Praxen, die in der Vergangenheit ihr Budget nicht ausgeschöpft bzw. nur gering überschritten haben, mit Honorarverlusten rechnen – also die Praxen, die alle bzw. den weit überwiegenden Teil ihrer Leistungen mit dem Orientierungspunktwert von 3,5048 Cent vergütet erhalten haben. Demgegenüber dürften Praxen, die in der Vergangenheit ihr Gesamtbudget deutlich überschritten haben, ceteris paribus ein höheres Honorar erhalten.

### **Fazit und Ausblick**

Die Ablösung der RLV- und QZV-Systematik durch einen Mix aus festen Punktwerten und Individualbudgets wird zwangsläufig zu Honorarveränderungen zwischen und in den Arztgruppen führen. Es bleibt abzuwarten, ob auch die übrigen KVen in den kommenden Monaten einen derartigen Kurswechsel in der Honorarverteilung vollziehen oder auf Kontinuität setzen.

Zumindest aus einigen KVen ist zu hören, dass angesichts der nahezu unveränderten Gesamtvergütung in diesem Jahr Verwerfungen zwischen und in den Arztgruppen nach Möglichkeit vermieden werden sollen. So will beispielsweise die KV Westfalen-Lippe die RLV-Systematik ohne große Änderungen zunächst beibehalten.

Wir werden über die Entwicklungen in den anderen KVen weiter berichten.

**Arztrecht****Privatpatient ohne Überweisungsschein muss indizierte MRT-Untersuchung bezahlen**

von RA, FA für MedR, Mediator Dr. Tobias Scholl-Eickmann und RA Tim Hesse, Kanzlei am Ärztehaus, Dortmund, [www.kanzei-am-aerztehaus.de](http://www.kanzei-am-aerztehaus.de)

Ein Privatpatient, der einen Facharzt ohne Überweisungsschein aufsucht, stellt in das pflichtgemäße Ermessen des Arztes, welche Untersuchungen durchgeführt werden sollen. Dies entschied das Amtsgericht (AG) Halle mit Urteil vom 2. Februar 2012 (Az: 93 C 2736/11). Abgerechnet werden dürfen grundsätzlich dennoch nur solche Leistungen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige Versorgung erforderlich sind.

**Fall und Urteil**

Auf Überweisung seiner Orthopädin hatte sich ein Privatpatient bei der einer radiologischen Gemeinschaftspraxis in Behandlung begeben. Einen Überweisungsschein legte er dort jedoch nicht vor. Nach Durchführung einer MRT-Untersuchung der Lendenwirbelsäule stellte ihm die Praxis dafür über 500 Euro in Rechnung. Mit dem Hinweis, eine solche Untersuchung sei nie Gegenstand des Behandlungsvertrags gewesen, weigerte sich der Patient, diese zu begleichen. Daraufhin verklagte die Gemeinschaftspraxis den Patienten auf Erstattung der Rechnung.

Das Gericht gab der Klage statt. Wenn ein Privatpatient ohne Überweisungsschein einen Facharzt aufsucht, ist der Arzt an keinen Untersuchungsauftrag gebunden, so das Urteil. Es sei dann in das ärztliche Ermessen gestellt, welche Untersuchungen durchgeführt werden sollen. Der Patient habe von Schmerzen im Steißbereich berichtet. Daher sei eine MRT der Lendenwirbelsäule die medizinisch gebotene Untersuchung gewesen und daher auch zu vergüten. Ob die Praxis im Vorfeld der Untersuchung bei der Orthopädin den Auftrag telefonisch abzuklären versucht hatte – was streitig war –, konnte das Gericht somit offenlassen.

**Anmerkungen**

Das Urteil des AG Halle bestätigt die Grundsätze der ärztlichen Berufsordnung zu den ärztlichen Berufspflichten. Danach muss jeder Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden, was ihm im Hinblick auf Diagnose und Behandlung für seinen Patienten sowie im Rahmen seiner Verantwortung im Einzelfall als ausreichend und angemessen erscheint. Der Patient kann verlangen, dass der Arzt von allen Erkenntnisquellen Gebrauch macht, die nach dem medizinischen Erkenntnisstand sinnvoll und verfügbar sind.

Vergütungen darf der Arzt nach § 1 Abs. 2 der GOÄ indes nur für solche Leistungen berechnen, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst für eine medizinisch notwendige ärztliche Versorgung erforderlich, also im Hinblick auf eine Heilung oder Beschwerdelinderung objektiv geboten sowie effizient und kostengünstig sind. Darüber hinausgehende sogenannte Übermaßbehandlungen dürfen nur abgerechnet werden, wenn sie auf Verlangen des Zahlungspflichtigen erbracht worden sind.

Vor diesem Hintergrund ist das vorliegende Urteil keineswegs als „Freifahrtsschein“ zu verstehen. Nicht immer sind Patientenwille und medizinische Indikation so klar

ermittelbar wie im entschiedenen Fall. Die Vergütung von auf Verlangen erbrachten Wunschleistungen, aufwendigen Mehrleistungen oder medizinisch nicht indizierten Leistungen ist mit dem Patienten ausdrücklich zu vereinbaren und schriftlich festzuhalten.

**Einkommensteuer****Arbeiten im Garten sind begünstigte Handwerkerleistungen**

Die Steuerermäßigung für Handwerkerleistungen nach § 35a Abs. 2 Satz 2 EStG ist auch für Erd- und Pflanzarbeiten im Garten eines selbstbewohnten Hauses zu gewähren. Dies gilt laut einem BFH-Urteil vom 13. Juli 2011 (**Az: VI R 61/10**) unabhängig davon, ob der Garten neu angelegt oder ein naturbelassener Garten umgestaltet wird.

Die Entscheidung hat eine positive und eine negative Seite. Der Steuerzahler wollte im konkreten Fall für diese Leistungen nämlich den Steuerabzugsbetrag für haushaltsnahe Dienstleistungen in Anspruch nehmen, um die Förderung für Handwerksleistungen zusätzlich für den Bau einer Stützmauer geltend zu machen. Diese Doppelförderung hat der BFH versagt. Er hat dem Finanzamt aber insoweit kontra gegeben, als dieses selbst die Steuerermäßigung für Handwerkerleistungen für die Erd- und Pflanzarbeiten versagen wollte (weil der Garten neu angelegt wurde). Dazu der BFH: Handwerkerleistungen, die die Errichtung eines „Haushalts“, also einen Neubau, betreffen, können die Steuerermäßigung nicht vermitteln; Maßnahmen eines Handwerkers im vorhandenen Haushalt, zu dem auch der dazugehörige Grund und Boden gehört, dagegen schon.

## Aktuelle Rechtsprechung

# Zinsklausel im Darlehensvertrag zu unbestimmt: Bank soll über 230.000 Euro zurückzahlen!

Wird in einem Darlehensvertrag ein variabler Zinssatz vereinbart, so muss die Bank die konkreten Voraussetzungen angeben, nach denen im Rahmen des variablen Zinssatzes Änderungen vorgenommen werden können. Es muss hinreichend deutlich werden, wie der konkrete Zinssatz errechnet und ggf. geändert wird. Ist dies nicht der Fall, kann der geschuldete Vertragszins auf den gesetzlichen Zinssatz oder sogar darunter vermindert werden. Dies hat das Landgericht (LG) Duisburg mit Urteil vom 1. Dezember 2011 zu einem „Zins-Cap-Darlehen“ entschieden (**Az: 1 O 124/11**). Obwohl das Urteil noch nicht rechtskräftig ist – die Bank hat bereits Berufung eingelegt –, hat es erhebliche Relevanz für Ärzte mit vergleichbaren Darlehensvereinbarungen.

## Hintergrund

Unter dem Namen „Zins-Cap-Darlehen“ bieten Banken zum Teil variabel verzinsliche Investitionsdarlehen an. Die Banken passen die Zinssätze dieser Darlehen in der Regel viertel- bzw. halbjährlich an die Zinsen des Geldmarktes an. Um den Darlehensnehmer vor steigenden Zinsen zu schützen, wird in dem Darlehensvertrag ein sogenannter Cap eingebaut. Dieser Cap stellt eine Obergrenze dar, bis zu der die Zinsen im äußersten Fall ansteigen können. Diesen Cap gibt es allerdings auch in der umgekehrten Richtung mit einer Untergrenze bei stark fallenden Zinsen.

## Der Fall

Im konkreten Fall hatte ein Apotheker die Apo-Bank wegen zweier im Jahre 1997 geschlossener Darlehensverträge verklagt, da er die von der Apo-Bank zwischenzeitlich vorgenommenen Anpassungen des variablen Zinssatzes für unangemessen hielt. Ein von dem Apotheker beauftragter Gutachter gelangte zu dem Ergebnis, dass er insgesamt Zinsen und Gebühren in Höhe von 242.210 Euro zu viel gezahlt hat. Die Bank berief sich auf Verjährung und war der Ansicht,

dass zumindest der als absolute Untergrenze vereinbarte Mindestzinssatz gelten müsse.

## Das Urteil

Das LG Duisburg gab dem Apotheker im Wesentlichen recht. Aus dem Vertrag werde weder hinreichend deutlich, wann noch auf welche Weise eine Anpassung der Zinssätze erfolgt. Wegen der Unwirksamkeit der Regelung habe der Apotheker nur den gesetzlichen Zinssatz in Höhe von 4 Prozent geschuldet. Ergebe eine Anlehnung an Referenzzinssätze im relevanten Zeitraum sogar einen Zinssatz unter 4 Prozent, müsse dieser berücksichtigt werden. Zu viel berechnete Zinsen müsse die Bank erstatten.

Die Einrede der Verjährung ließ das Gericht nicht gelten, da die konkrete Durchführung der Zinsanpassung für den Kläger erst nach Erhalt eines Schreibens der Bank im Dezember 2009 erkennbar gewesen sei, so dass die Verjährungsfrist zuvor nicht zu laufen begann.

## Praxishinweise

Sofern in Ihrem Darlehensvertrag eine allgemein gehaltene Zinsanpassungsklausel enthalten ist,

die weder den Referenzzinssatz noch die Anpassungsmarge konkret bezeichnet, sollten Sie überprüfen (lassen), ob Ihnen ggf. Ansprüche zustehen. Unter Umständen sind sofortige Maßnahmen zu ergreifen, um zunächst den Ablauf der Verjährungsfrist zu verhindern.

Selbst wenn die Klausel wirksam ist, sollten Sie überprüfen, ob Ihre Bank die Zinsen und Gebühren wirklich zutreffend berechnet hat. Im vorliegenden Fall kam der vom Apotheker eingesetzte Gutachter zu dem Ergebnis, dass die Bank fast 250.000 Euro zu viel berechnet hat!

Hinsichtlich der Verjährung ist Folgendes zu berücksichtigen: Vereinfacht gesagt hängt der Beginn der Verjährungsfrist davon ab, wann der Darlehensnehmer die Umstände kannte, die ihn zur Rückforderung berechtigen. Im Prinzip gilt, dass die hier thematisierten Ansprüche drei Jahre nach Kenntnis der Umstände verjähren. Sie verjähren allerdings unabhängig von einer Kenntnis des Betroffenen in der Regel spätestens nach zehn Jahren. Eine pauschale Aussage zur Verjährung ist aber nicht möglich, da sie in jedem Einzelfall gesondert zu prüfen ist.



## Impressum

**Herausgeber:** Guerbet GmbH, Otto-Volger-Straße 11, 65843 Sulzbach/Taunus, Tel. 06196 762-0, <http://www.guerbet.de>, E-Mail: [info@guerbet.de](mailto:info@guerbet.de)

**Verlag:** IWW Institut für Wirtschaftspublizistik Verlag Steuern Recht Wirtschaft GmbH & Co. KG, Aspastraße 24, 59394 Nordkirchen, Telefon 02596 922-0, Telefax 02596 922-99

**Redaktion:** Dipl.-Kfm. Joachim Keil (verantwortlich); RAin, FAin StR Franziska David (Chefredakteurin)

**Lieferung:** Dieser Informationsdienst ist eine kostenlose Serviceleistung der

Guerbet GmbH

**Hinweis:** Der Inhalt ist nach bestem Wissen und Kenntnisstand erstellt worden. Die Komplexität und der ständige Wandel der in ihm behandelten Rechtsmaterie machen es jedoch notwendig, Haftung und Gewähr auszuschließen. Das Radiologen WirtschaftsForum gibt nicht in jedem Fall die Meinung der Guerbet GmbH wieder.