

Individualbudgets sind ab 1. Januar 2009 passé

So funktionieren die Regelleistungsvolumen

Die Honorarreform führt zu einer neuen Systematik der Honorarverteilung. Bundesweit bestimmen ab Anfang 2009 Regelleistungsvolumen die Abrechnung der Praxen.

Die Gesamtvergütung wird auch in 2009 im Wesentlichen aus zwei Teilen bestehen: Einen Teil bezahlen die Krankenkassen als Einzelleistungen. Dazu kommt der Anteil, der von der Höhe her begrenzt ist: die so genannte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung.

Ähnlich wie bei den Individualbudgets gibt es ab 2009 eine Vielzahl von Leistungen, die die Praxen nur bis zu einer bestimmten Menge abrechnen können. Dabei ist die Höhe der Vergütung allerdings fest: bundesweit einheitlich liegt der Punktwert bei 3,5001 Cent. Mit diesem Punktwert werden die Leistungen, die dem Regelleis-

tungsvolumen unterliegen, bis zur Höhe des Regelleistungsvolumens vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen bezahlen die Krankenkassen nur abgestaffelt.

Wie bisher gibt es aber auch Leistungen, die als Einzelleistungen bezahlt werden. Deren Punktwerte werden derzeit verhandelt. Weiterhin gibt es Leistungen, die nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, aber aus der gedeckelten Gesamtvergütung gezahlt werden. Diese Leistungen werden grundsätzlich mit 3,5001 Cent vergütet. Einige Bereiche werden allerdings im EBM höher bewertet, darunter die Akupunktur und die Schmerztherapie.

Fachgruppen und Fallwerte

Für folgende Fachgruppen hat der Bewertungsausschuss eigene Fallwerte beschlossen:

- Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte, hausärztlich tätige Internisten
- Kinder- und Jugendmediziner
- Anästhesisten
- Augenärzte
- Chirurgen
- Gynäkologen
- Gynäkologen mit Weiterbildung Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
- HNO-Ärzte
- Dermatologen
- Humangenetiker
- Facharzt-Internisten ohne Schwerpunkt
- Angiologen
- invasiv tätige Angiologen
- Endokrinologen
- Gastroenterologen
- Hämato-/ Onkologen
- Kardiologen
- invasiv tätige Kardiologen
- Pneumologen
- Rheumatologen
- Nephrologen
- Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten
- MKG-Chirurgen
- Nervenärzte
- Neurologen
- Nuklearmediziner
- Orthopäden
- Phoniater und Pädaudiologen
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 Prozent
- Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 Prozent
- Radiologen ohne CT und MRT
- Radiologen mit CT
- Radiologen mit MRT
- Radiologen mit CT und MRT
- Urologen
- Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
- Schmerztherapeuten

Der fachgruppenspezifische Fallwert

Den fachgruppenspezifischen Fallwert errechnet die KV Nordrhein in fünf Schritten.

Schritt 1: Bei der Ermittlung des Fallwertes steht die Höhe der so genannten vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2009 am Anfang des Rechenweges. Diese Gesamtvergütung muss noch um den geschätzten Fremdkassenzahlungsausgleich verändert werden. Anschließend werden die prognostizierten Zahlungen für Leistungen abgezogen, die weder dem hausärztlichen noch dem fachärztlichen Vergütungsanteil zuzuordnen sind, zum Beispiel die Zahlungen für Notfalleistungen der Krankenhäuser.

Schritt 2: Die so bereinigte Gesamtvergütung wird in ein hausärztliches und ein fachärztliches Vergütungsvolumen aufgeteilt. Dabei beziehen sich KV und Kassen auf die Honoraranteile des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Veränderungen des EBM 2008.

Schritt 3: Aus dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Topf stellt die KV Nordrhein drei Prozent für Leistungen zurück, die das RLV überschreiten. Weiterhin werden Gelder für neue Ärzte und Psychotherapeuten, für Praxisbesonderheiten oder für den Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten zurückgestellt. Außerdem zieht die KV Zahlungen für die Leistungen ab, die nicht den RLV unterliegen. Dazu zählen beispielhaft die Leistungen im organisierten Notfalldienst, ambulante Operationen, dringende Besuche, die Laborkosten und der Laborwirtschaftlichkeitsbonus. Übrig bleibt das so genannte RLV-Vergütungsvolumen.

Schritt 4: Das RLV-Vergütungsvolumen für Haus- und Fachärzte teilt die KV nun je Arztgruppe auf. Grundlage sind die Summen der RLV-relevanten Leistungen aus dem Jahr 2007, angepasst um die Effekte aus dem EBM 2008. Das Ergebnis dieser Berechnung ist das RLV-Vergütungsvolumen je Fachgruppe.

Schritt 5: Je Fachgruppe teilt die KV das RLV-Vergütungsvolumen durch die Fallzahl der Arztgruppe. Dies geschieht für jedes Quartal. Das Ergebnis ist der fachgruppenspezifische Fallwert.

Die Individualbudgets gibt es noch bis Ende 2008. Dann kommen die Regelleistungsvolumen. Wie hoch sie sind, hängt von Abrechnungsdaten der Vergangenheit ab. Ende November informiert die KV Nordrhein die Praxen, wie hoch ihr RLV ist.

Diese Information gibt es nun für jedes Quartal, jeweils einen Monat vor Beginn desselben. Die Höhe des RLV des zweiten Quartals 2009 teilt die KV den Praxen also Ende Februar mit, Ende Mai 2009 erfahren die Praxen, wie hoch das RLV im dritten Quartal ist usw.

Wie berechnet sich das RLV?

Wie die RLV berechnet werden, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Ende August fixiert. Grundsätzlich ist die Rechnung einfach: Das Regelleistungsvolumen ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit der praxisindividuellen Fallzahl. Den fachspezifischen Fallwert zu ermitteln, verlangt indes von der KV Nordrhein einiges an Aufwand.

Die RLV-relevante Fallzahl ist dabei die Zahl der kurativen Behandlungsfälle; ausgenommen sind Fälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen oder Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden. Ebenfalls ausgenommen sind Fälle, in denen Praxen ausschließlich Leistungen abgerechnet haben, die nicht dem RLV unterliegen.

Zur Ermittlung des RLV für die einzelne Praxis multipliziert die KV Nordrhein den fachgruppenspezifischen Fallwert mit der RLV-relevanten Fallzahl der Praxis. Die Fallzahl wird je Praxis auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt.

Achtung: Abstufung

Kompliziert wird die Berechnung durch die vom Bewertungsausschuss vorgegebene Abstufungsregelung. Demnach werden Fälle, die mehr als 50 Prozent über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, nur eingeschränkt berücksichtigt. Das RLV berechnet sich wie folgt:

- Fallzahlen bis 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 100 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl
- Fallzahlen von 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 75 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl
- Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe: 50 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl
- für die Fallzahlen über 200 Prozent der Durchschnitts-Fallzahl der Fachgruppe: 25 Prozent x Fallwert der Arztgruppe x RLV-relevante Fallzahl

Um die unterschiedliche Altersklassenverteilung der Patienten zu berücksichtigen, wird das RLV außerdem noch je nach Alter der Patienten praxisindividuell gewichtet.

Praxis Dr. Mustermann

Ein Beispiel: Liegt der RLV-Fallwert einer Fachgruppe bei 35 Euro, so beträgt die Abstufung ein Viertel für die Fälle, die 50 bis 70 Prozent über dem Fachgruppenschnitt liegen. In der Praxis von Dr. Mustermann werden diese Fälle also nur mit 26,25 Euro in die Berechnung des RLV einbezogen.

Für die Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fachgruppen-Fallzahl liegt die Abstufung bei 50 Prozent. Der Fallwert liegt somit bei 17,50 Euro. Übersteigt die Fallzahl den Durchschnitt der Fachgruppe um mehr als das Doppelte, werden diese Fälle um 75 Prozent abgestuft. Der Fallwert für diese Fälle liegt somit nur noch bei 8,75 Euro.

Wir gehen in dem Beispiel weiter davon aus, dass die durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe im ersten Quartal 2008 800 Fälle betrug. Die Fallzahl von Dr. Mustermann lag in diesem Quartal deutlich über dem Schnitt, zum Beispiel bei 1.800 Fällen. Das RLV würde sich nun wie folgt berechnen:

- 150 Prozent der Durchschnitts-Fallzahl der Arztgruppe sind 1.200 Fälle
- zwischen 150 und 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 160 Fälle

- zwischen 170 und 200 Prozent sind 240 Fälle
- über 200 Prozent sind noch 200 Fälle

Das RLV liegt folglich bei:

$$\begin{aligned}
 & 35 \text{ Euro} \times 1.200 \\
 & + 26,25 \text{ Euro} \times 160 \\
 & + 17,50 \text{ Euro} \times 240 \\
 & + 8,75 \text{ Euro} \times 200 \\
 & = 52.150 \text{ Euro.}
 \end{aligned}$$

Last not least versorgt die Praxis Dr. Mustermann mehr Rentner als der Durchschnitt der anderen Praxen. In solchen Fällen wird ein so genannter individueller Gewichtungsfaktor angesetzt, hier von 1,1. Das RLV beträgt also $52.150 \text{ Euro} \times 1,1 = 57.365 \text{ Euro}$.

Wenn diese Praxis nun RLV-Leistungen für 60.000 Euro abrechnet, dann werden 57.365 Euro voll gemäß des EBM mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent vergütet. Für die über das RLV hinausgehenden Leistungen setzt die KV Nordrhein den Abstufungspunktwert der Fachgruppe an, der je nach Menge floatet.

Vergütung von Einzelleistungen

Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen, werden als Einzelleistung oder aus der Gesamtvergütung bezahlt. Welche Leistungen die Kassen mit festem Punktwert ohne Mengenbeschränkung außerhalb der Gesamtvergütung zahlen, verhandeln Kassen und KV Nordrhein zurzeit. Das Ergebnis stellen wir in der Dezember-Ausgabe von KVNO aktuell dar; Sie können es zudem auf unserer Homepage unter www.kvno.de abrufen.

Zu den Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen, gehören nach dem Beschluss des Bewertungsausschusses:

- Präventionsleistungen
- Gesundheitsuntersuchungen
- Leistungen im Rahmen von Disease-Management-Programmen
- hausarztzentrierte Versorgung
- Substitutionsbehandlung
- Strahlentherapie

- belegärztliche Leistungen (Kapitel 36 und EBM-Nrn. 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Hautkrebsscreening
- Vakuumstanzbiopsien
- phototherapeutische Keratektomie
- künstliche Befruchtung
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- psychotherapeutische Leistungen
- ambulante Operationen (Kapitel 31 EBM) und die EBM-Nrn. 13421 bis 13431, 04514, 04515, 04518, 04520
- besondere Inanspruchnahme (EBM-Nrn. 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- dringende Besuche (EBM-Nrn. 01411, 01412, 01415)
- Akupunktur des EBM-Abschnitts 30.7.3
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
- Labor-Untersuchungen des Kapitels 32
- Laborkosten und Laborwirtschaftlichkeitsbonus (EBM-Nr. 35001)
- diagnostische Radiologie (34210 bis 34297), soweit nicht von Radiologen erbracht
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (03241 und 04241)
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (13437, 13438, 13439, 13677)

Weiterhin zählen dazu regionale Vereinbarungen und Sonderverträge wie die Onkologievereinbarung und die Sozialpsychiatrievereinbarung.

All diese Leistungen werden im EBM künftig mit festen Preisen vergütet. Die Vergütungshöhe ergibt sich durch Multiplikation der Punktzahl mit dem Orientierungspunktwert. Akupunktur-Leistungen, Schmerztherapie und ambulante Operationen werden ab Anfang 2009 höher bewertet. Die Änderungen werden im Deutschen Ärzteblatt veröffentlicht.

Haus- und Facharztleistungen außerhalb der RLV

Hausärzte können zudem folgende Leistungen außerhalb der RLV abrechnen:

- Sonographie (33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092)
- Psychosomatik (35100 und 35110)
- Prokto-/Rektoskopie (03331 bzw. 04331)
- Kleinchirurgie (02300 bis 02302)
- Langzeit-EKG (03322 bzw. 04322)
- Langzeit-Blutdruckmessung (03324 bzw. 04324)
- Spirometrie (03330 bzw. 04330)
- Ergometrie (03321 bzw. 04321)
- Chirotherapie (Abschnitt 30.2 EBM)

Fachärzte können nach Beschluss des Bewertungsausschusses außerhalb ihrer RLV abrechnen:

- ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (01510 bis 01531)
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (10320 bis 10324)
- Histologie, Zytologie (19310 bis 19312, 19331)
- Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (26330)
- Polysomnographie (30901)
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der EBM-Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (12210 und 12225)