

Zum 1. Januar 2009 ändert sich die Systematik der vertragsärztlichen Vergütung grundlegend. Die Kopfpauschalen werden durch eine morbiditätsbedingte Gesamtvergütung abgelöst, deren Höhe sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten richtet. Jeder Arzt erhält pro Quartal ein sogenanntes Regelleistungsvolumen (RLV) in Euro.

▪ **Vergütung in Euro und Cent – Einheitlicher Punktwert**

Ab 1. Januar 2009 gibt es einen Euro-EBM: Hinter den einzelnen Leistungen stehen keine Punkte mehr, sondern Euro-Beträge. Die Preise ergeben sich aus der Punktmenge, mit der die jeweilige Leistung bewertet ist, multipliziert mit dem Orientierungspunktwert. Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat diesen Orientierungspunktwert für 2009 mit 3,5001 Cent festgelegt. Dieser Punktwert ist für alle Kassenarten und Fachgruppen bundesweit einheitlich. Mit diesem Punktwert werden alle Leistungen innerhalb des Regelleistungsvolumens (RLV) vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden nur abgestaffelt bezahlt.

Der Orientierungspunktwert gilt auch für Leistungen, die nicht dem RLV unterliegen. Dazu gehören Präventionsleistungen, Akupunktur, Schmerztherapie, ambulante Operationen, Laboruntersuchungen und psychotherapeutische Leistungen. Leistungen, die bislang mit einem höheren Punktwert vergütet werden, hat der Bewertungsausschuss mit einer höheren Punktzahl bewertet, um eine Honorarabsenkung zu verhindern.

▪ **Gesamtvergütung: Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung plus Einzelleistungen**

**Die Gesamtvergütung besteht künftig aus drei Teilen:**

Den Kern bildet die sogenannte vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung, deren Höhe sich nach dem Behandlungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse richtet. Aus ihr werden die meisten ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen bezahlt.

Den zweite Teil der Gesamtvergütung bilden Leistungen, die die Krankenkassen als Einzelleistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und damit auch außerhalb der Regelleistungsvolumina vergüten.

Der dritte Teil bildet ein nicht vorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs. Dieser Anstieg kann künftig nur nachträglich verhandelt werden. Die Bedingungen sind allerdings sehr restriktiv festgelegt worden: Als nicht vorhersehbarer Anstieg gelten zum Beispiel Seuchen oder Katastrophensituationen, die mindestens zwei Prozent der Gesamtbevölkerung betreffen.

## Vergütung haus- und fachärztlicher Leistungen

▪ **Statt Individualbudget: Regelleistungsvolumen**

Ab 1. Januar 2009 erhält jeder Arzt pro Quartal ein Regelleistungsvolumen (RLV). Die Individualbudgets werden damit abgelöst. Mit der Einführung der RLV will der Gesetzgeber eine übermäßige Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit verhindern. Leistungen innerhalb des RLV werden mit dem bundesweit einheitlichen Punktwert von 3,5001 Cent und somit zu festen Preisen vergütet. Darüber hinausgehende Leistungen werden zu einem abgestaffelten Preis honoriert.

▪ **Regelleistungsvolumen wird quartalsweise mitgeteilt**

Das RLV ist arztbezogen und wird in einem Euro-Betrag ausgewiesen. Diese Information gibt es künftig nun für jedes Quartal, jeweils einen Monat vor Beginn desselben. Die Höhe des RLV des zweiten Quartals 2009 teilt die KV also Ende Februar mit, die des dritten Quartals Ende Mai usw.

▪ **Berechnung des arztindividuellen Regelleistungsvolumens**

Wie das Regelleistungsvolumen des Arztes berechnet wird, hat der Erweiterte Bewertungsausschuss festgelegt:

*Regelleistungsvolumen des Arztes = Fallzahl des Arztes x Fallwert der Arztgruppe x Gewichtungsfaktor Alter.*

D. h.: Um das Regelleistungsvolumen eines Arztes zu berechnen, wird die Fallzahl des Arztes aus dem jeweiligen Vorjahresquartal mit dem arztgruppenspezifischen Fallwert multipliziert. Hinzu kommt noch ein sogenannter Gewichtungsfaktor, der das unterschiedliche Alter der Patienten berücksichtigt.

### Woher kommt das Geld für die RLV?

Finanzielle Basis für die Regelleistungsvolumina ist die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung, die allerdings nicht nur für die RLV zur Verfügung steht. Denn abgezogen werden vor Bildung der arztindividuellen RLV u.a. die Honorare für psychotherapeutische Leistungen, Schmerztherapie, den Ärztlichen Bereitschaftsdienst und Rückstellungen; unter anderem für die abgestaffelte Leistungsvergütung in den RLV.

### Fallzahl

Für das Regelleistungsvolumen ist die Zahl der kurativ-ambulantem Arztfälle relevant. Ausgenommen sind u. a. Fälle im organisierten Notdienst und Überweisungen, bei denen ausschließlich Probenuntersuchungen und Befundungen von dokumentierten Untersuchungsergebnissen stattfinden. Die Fallzahl wird je Arzt auf Basis des entsprechenden Vorjahresquartals ermittelt. Für das erste Quartal 2009 z. B. ist dies die Fallzahl des ersten Quartals 2008.

### Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes wird das Vergütungsvolumen, das für die Regelleistungsvolumina der jeweiligen Arztgruppe innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung steht, durch die Fallzahl der Arztgruppe geteilt. Das Ergebnis ist der arztgruppenspezifische Fallwert.

### Wichtig!

Dieser Fallwert zur Berechnung der Regelleistungsvolumen (auch RLV-Fallwert genannt) berücksichtigt nur Leistungen, die innerhalb der RLV erbracht werden. Er ist von daher nicht mit dem „alten“ Fallwert gleichzusetzen, der alle Leistungen beinhaltet, also auch Früherkennungsuntersuchungen, Impfungen, Laborleistungen, ambulante Operationen etc.

### Abstaffelungsregelung

Die vom Bewertungsausschuss vorgegebene Abstaffelungsregelung bei der Berechnung des RLV sieht vor, dass Fälle, die mehr als 50 Prozent über dem Fachgruppendurchschnitt liegen, nur eingeschränkt berücksichtigt werden. Das Regelleistungsvolumen berechnet sich wie folgt:

Fallzahlen bis 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:  
100 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

Fallzahlen von 150 bis 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:  
75 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

Fallzahlen von 170 bis 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:  
50 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

Fallzahlen über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe:  
25 Prozent des Fallwertes der Arztgruppe x Fallzahl des Arztes

### Und so berechnet sich das Regelleistungsvolumen der Praxis Dr. Mustermann:

#### Beispiel 1

Die Fallzahl von Dr. Mustermann lag im ersten Quartal 2008 bei 1.000 Fällen. Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe lag bei 800. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe betrug 35 Euro. Das RLV würde sich nun wie folgt berechnen:

$$35 \text{ Euro} \times 1.000 = 35.000 \text{ Euro}$$

Da die Praxis von Dr. Mustermann mehr Rentner als der Durchschnitt seiner Arztgruppe versorgt, wird noch ein sogenannter Gewichtungsfaktor angesetzt, beispielsweise hier in Höhe von 1,1. Das RLV beträgt also

$$35.000 \text{ Euro} \times 1,1 = 38.500 \text{ Euro.}$$

## Beispiel 2

Die Fallzahl von Dr. Mustermann lag im ersten Quartal 2008 bei 1.800 Fällen. Die durchschnittliche Fallzahl seiner Arztgruppe lag bei 800. Der RLV-Fallwert der Arztgruppe betrug 35 Euro. Das RLV würde sich nun wie folgt berechnen:

- 150 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppen sind 1.200 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann einen Fallwert von 35 Euro.
- Zwischen 150 und 170 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 160 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann 75 Prozent des Fallwertes, nämlich 26,25 Euro.
- Zwischen 170 und 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind 240 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann 50 Prozent des Fallwertes, nämlich 17,50 Euro.
- Über 200 Prozent der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe sind noch 200 Fälle. Für diese erhält Dr. Mustermann 25 Prozent des Fallwertes, nämlich 8,75 Euro.

Das RLV liegt somit bei:

$$\begin{array}{r}
 35,00 \text{ Euro} \times 1.200 \text{ Fälle} \\
 + 26,25 \text{ Euro} \times 160 \text{ Fälle} \\
 + 17,50 \text{ Euro} \times 240 \text{ Fälle} \\
 + 8,75 \text{ Euro} \times 200 \text{ Fälle} \\
 \\
 = \qquad \qquad \qquad \mathbf{52.150 \text{ Euro}}
 \end{array}$$

Da die Praxis von Dr. Mustermann mehr Rentner als der Durchschnitt seiner Arztgruppe versorgt, wird noch ein sogenannter Gewichtungsfaktor angesetzt, beispielsweise hier in Höhe von 1,1. Das RLV beträgt also

$$52.150 \text{ Euro} \times 1,1 = 57.365 \text{ Euro.}$$

### ▪ Vergütung der RLV-Leistungen mit festen Preisen

Leistungen, die der Arzt innerhalb des Regelleistungsvolumens erbringt, bekommt er zu den im EBM ausgewiesenen festen Preisen vergütet. Die über das RLV hinausgehenden Leistungen werden zu einem abgestaffelten Preis des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs honoriert.

### ▪ RLV-Besonderheiten für Gemeinschaftspraxen und MVZ

Die Regelleistungsvolumina werden arztbezogen zugewiesen. Arbeiten mehrere Ärzte in einer Praxis, addieren sich deren RLV. Das heißt, für Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren: Die vorteilhafte Regelung, dass im Rahmen einer fachübergreifenden Behandlung jeder Arzt aus einer der beteiligten Fachgruppen die Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschale in voller Höhe abrechnen darf, bleibt im Rahmen der RLV bestehen.

Ein weiterer Vorteil für Gemeinschaftspraxen und MVZ besteht darin, dass dort tätige Ärzte ihre RLV untereinander verrechnen können. Wenn also ein Arzt weniger Leistungen erbracht hat, als sein RLV gestattet, kann ein anderer Kollege mehr tun, ohne dass das Honorar abgestaffelt wird. Wenn aber die Leistungen der gesamten Praxis die RLV überschreiten, wird das Honorar abgestaffelt.

Zur Förderung fachgleicher Gemeinschaftspraxen hat der Erweiterte Bewertungsausschuss Mitte Oktober noch ergänzende Regelungen getroffen. Von Ärzten in fachgleichen Gemeinschaftspraxen können ab Januar 2009 Zuschläge in Höhe von zehn Prozent zur jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale abgerechnet werden. Auf die RLV in fachgleichen Gemeinschaftspraxen wird ebenfalls ein Aufschlag von zehn Prozent gewährt.

▪ **Weiteres Honorarvolumen (Sonderregelleistungsvolumen) für qualitätsgebundene Leistungen**

- **im Hausarztbereich:**

Für einige qualitätsgebundene Leistungen erhalten Hausärzte jeweils ein weiteres Honorarvolumen – zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Aus diesem Sonderregelleistungsvolumen werden beispielsweise alle psychosomatischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt. Zur Bildung des Honorarvolumens wird die Fallzahl des Arztes mit einem bundesweit einheitlichen Euro-Betrag multipliziert.

Beispiel

Dr. Mustermann hat im Vorjahresquartal insgesamt 1.000 Fälle erbracht. Er hat eine Abrechnungsgenehmigung für Psychosomatik. Damit steht ihm für Leistungen der Gebührenordnungspositionen 35100 und 35110 zusätzlich zu seinem Regelleistungsvolumen theoretisch ein Honorarvolumen von 3.000 Euro (= 1.000 Fälle x 3,00 Euro) zur Verfügung. Bis zur Höhe dieses Honorarvolumens werden die Leistungen zu den Preisen des Euro-EBM vergütet.

Sofern Hausärzte die Qualifikationsvoraussetzung zur Erbringung einer der folgenden Leistungen besitzen, erhalten sie für diese ein weiteres Honorarvolumen ergänzend zum Honorar des RLV

Leistungsbereich	Gebührenordnungsposition(en)	€-Betrag zur Berechnung des Honorarvolumens
Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092	3,50
Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
Prokto-/Rektoskop.	03331 bzw. 04331	1,00
Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50
Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
Chirotherapie	GOPen des Abschnitts 30.2 des EBM	1,00

- **im Facharztbereich:**

Ärzte im fachärztlichen Bereich können ein weiteres Honorarvolumen für Leistungen der Teilradiologie erhalten – zusätzlich zum Regelleistungsvolumen. Aus diesem Sonderregelleistungsvolumen werden alle Leistungen der diagnostischen Radiologie nach den Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34282 zu den Preisen des Euro-EBM bezahlt. Zur Bildung des Honorarvolumens wird die Fallzahl des Arztes mit einem bundesweit einheitlichem Betrag von 5,00 Euro multipliziert.

Leistungsbereich	Gebührenordnungsposition(en)	€-Betrag zur Berechnung des Honorarvolumens
Diagnostische Radiologie	34210 bis 34282	5,00

▪ **Hinweis für Haus- und Fachärzte**

Sofern ein Arzt sein Regelleistungsvolumen nicht ausschöpft, kann er das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen auch mit qualitätsgebundenen Leistungen füllen, wenn sein Sonderregelleistungsvolumen aufgebraucht ist. Im umgekehrten Fall ist eine Verrechnung nicht möglich.

▪ **Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen**

Das arztindividuelle Regelleistungsvolumen stellt einen wesentlichen Teil des ärztlichen Einkommens dar. Daneben gibt es aber eine Reihe von Leistungen, die der Arzt zusätzlich zum RLV vergütet bekommt. Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt entweder aus der morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung (z. B. psychotherapeutische Leistungen, Schmerztherapie, Akupunktur) oder aus Geldern, die die Krankenkassen für jede erbrachte Leistung zusätzlich bereitstellen müssen (z. B. Präventionsleistungen).

**Außerhalb der Morbiditätsgesamtvergütung werden folgende Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen bezahlt:**

- Vergütungen für Leistungen, die im Rahmen besonderer, nicht für alle Kassen gültiger Verträge vereinbart worden sind (Modellvorhaben gemäß §§ 63, 64 SGB V, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, Verträge über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung gemäß § 73c SGB V, Vereinbarungen über strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten gemäß § 37f bis g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V)
- Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen
- Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe)
- Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520
- Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4
- Früherkennungsuntersuchung U 7a
- Hautkrebsscreening
- Durchführung von Vakuumstanzbiopsien
- Strahlentherapie
- Phototherapeutische Keratektomie
- Leistungen der künstlichen Befruchtung
- Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigen

**Aus der Morbiditätsgesamtvergütung werden folgende Leistungen zusätzlich zum Regelleistungsvolumen bezahlt:**

- Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
- Leistungen im organisierten Notfalldienst
- Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (GOP 12210 und 12225)
- Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung – Definitions- oder Indikationsauftrag – (GOP 03241, 04241, 13253 und 27323)
- Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
- ESWL (GOP 26330)
- Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerztherapeutischer Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
- Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
- Polysomnographie (GOP 30901)
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
- MRT-Angiographie des Abschnitts 34.4.7
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Transplantationsträgern (GOP 04523, 04525, 04527, 04537, 13437, 13438, 13439, 13677)
- Sonstige belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen, sofern nicht gemäß Teil A des Beschlusses des Bewertungsausschusses außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Leistungen der antrags- und genehmigungspflichtigen Psychotherapie, Abschnitt 35.2.

**Vergütung psychotherapeutischer Leistungen**

### ▪ Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen anstatt Regelleistungsvolumen

**Wichtig!** Psychotherapeuten erhalten kein Regelleistungsvolumen. Als Steuerungsinstrument zur Mengengrenzung gelten in Zukunft zeitbezogene Kapazitätsgrenzen.

Diese Regelung betrifft:

- Psychologische Psychotherapeuten,
- ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte,
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

Diese **Zeitgrenzen** gelten sowohl für genehmigungspflichtige wie für nicht genehmigungspflichtige Leistungen. Sie erlauben es zukünftig, das Verhältnis dieser beiden Leistungsarten frei zu bestimmen.

### ▪ Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenze

Die zeitbezogene Kapazitätsgrenze setzt sich aus der Kapazitätsgrenze für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen und der Kapazitätsgrenze für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen zusammen.

Der Erweiterte Bewertungsausschuss hat dazu Folgendes festgelegt:

- Für antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen beträgt die zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt bzw. je Psychotherapeut 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal.
- Für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen erhält jeder Arzt/Therapeut ein zusätzliches Minutenbudget, das mit dem bundeseinheitlichen Orientierungspunktwert von 3,5001 €-Cent vergütet wird. Dieses wird regional berechnet.

#### **Hinweis!**

Überschreitet die abgerechnete Zuwendungszeit die zeitbezogene Kapazitätsgrenze, dann werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen Kapazitätsgrenze zum abgestaffelten Preis des fachärztlichen Bereichs vergütet.