

Wichtig!

Das Regelleistungsvolumen stellt neben den freien, nicht mengenbegrenzten Leistungen, den qualitätsgebundenen Honorarvolumina und den abgestuft vergüteten Leistungen nur einen von mehreren Bestandteilen Ihres zukünftigen Praxisumsatzes dar. Der Umfang dieser einzelnen Bestandteile variiert sehr stark zwischen den Arztgruppen, aber auch unter den Ärzten innerhalb der einzelnen Arztgruppen.

Die Erläuterungen in diesem Heft helfen Ihnen dabei, Ihr Gesamthonorar für das 1. Quartal 2009 unter Berücksichtigung aller Honorarbestandteile abzuschätzen.

Ärztliche Vergütung im Jahr 2009

Was Sie als Vertragsarzt und -psychotherapeut wissen müssen

Mit der Einführung des Gesundheitsfonds zum 1. Januar 2009 treten nicht nur für Krankenkassen und gesetzlich Krankenversicherte, sondern auch für alle Vertragsärzte und -psychotherapeuten weitreichende Änderungen in Kraft. Das Zauberwort heißt „Neuordnung der Vertragsärztlichen Vergütung“.

Mit diesem Umstieg kommen etwa drei Mrd. Euro zusätzlich ins System der ambulanten Versorgung. Da der Gesundheitsfonds die in den einzelnen Ländern zur Verfügung stehenden Mittel umverteilt, vor allem aus dem Süden der Republik in den Osten, ist es nur logisch, dass sich auch die drei Mrd. Euro nicht gleichmäßig auf die Länder verteilen.

Für Westfalen-Lippe hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ein Plus von 10,6 % errechnet, allerdings im Vergleich zum Jahr 2007. Da der EBM 2008 im extrabudgetären Bereich bereits einen Teil des zukünftigen Zuwachses vorweggenommen hat, verzeichnet die KVWL schon in 2008 einen Honorarzuwachs von bislang mehr als 5 % gegenüber 2007.

Zahlreiche Leistungen im extrabudgetären Bereich angesiedelt

Trotzdem gibt es einige Aspekte in der zukünftigen Struktur, die eindeutig positiv zu bewerten sind. Da sind die vielen extrabudgetär verhandelten Leistungen, vor allem die beiden großen Bereiche der Prävention und des Ambulanten Operierens. Zukünftig werden beispielsweise alle Leistungen des Kap. 31 EBM als Einzelleistungen von den Krankenkassen bezahlt. Darüber hinaus zählen unter anderem die DMP, das Hautkrebsscreening sowie die regional vereinbarten Leistungen zum extrabudgetären Bereich. Die Preise für die extrabudgetären Leistungen konnten im Wesentlichen auf dem erhöhten Niveau des Jahres 2008 gehalten werden.

Morbiditätssteigerung wird zukünftig bezahlt

Für die anderen Leistungen gibt es weiterhin einen „Deckel“, der allerdings ein gehöriges Stück „gelüftet“ wurde. Und was vielleicht noch wichtiger ist: Zukünftig wird die gedeckelte Gesamtvergütung der Krankenkassen von Jahr zu Jahr nicht mehr um die Grundlohnsummenentwicklung, sondern um die Morbiditätssteigerung angehoben. Deshalb heißt sie jetzt die „morbiditätsbedingte Gesamtvergütung“.

Mit ihr wird ab jetzt das Morbiditätsrisiko - zumindest im Sinne der Morbiditätszunahme - von den Krankenkassen übernommen.

Im Bereich der Honorarverteilung hat die KVWL nur noch geringe Gestaltungsspielräume. Alle wichtigen Verteilungsregeln werden von der Bundesebene in Form von Berechnungsvorschriften vorgegeben. Dies hat zur Folge, dass die Auswirkung der neuen Systematik für die einzelnen Arztgruppen, aber auch für die Ärzte innerhalb einer Arztgruppe sehr unterschiedlich sein kann.

Nach den Bestimmungen der Bundesebene bleibt die Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil, angepasst um die Effekte des EBM 2008, erhalten.

Die Verteilung der anteiligen Gesamtvergütung innerhalb der Versorgungsbe- reiche auf die Arztgruppen nach dem vorgegebenen Berechnungsmodus führt zu von der bisherigen Verteilung abweichenden Ergebnissen. Dies spielt im hausärztlichen Versorgungsbereich keine große Rolle und auch die Vergütung der Psychotherapeuten bleibt davon unberührt; sie wird ohnehin aus einem separaten Honorarkontingent gespeist. Im fachärztlichen Versorgungsbereich wird es jedoch zu Honorarverschiebungen kommen.

Aus diesem Grund hat die KVWL mit den Krankenkassen eine Ausgleichsregelung verhandelt, die in den vier Quartalen des Jahres 2009 einen Rückgang der durchschnittlichen Fallwerte auf Arztgruppenebene abfedert.

Des weiteren wurde erreicht, dass die aus nicht ausgeschöpften Regelleistungsvolumina frei werdenden finanziellen Mittel nicht zu den Krankenkassen zurückfließen, sondern bei der KVWL verbleiben und damit für die Honorarverteilung zur Verfügung stehen.

Bei solch tiefgreifenden Veränderungen des Systems wie diesen kommt es immer vor, dass nicht alle Probleme sofort adäquat gelöst sind, nicht allen Individualitäten ausreichend Rechnung getragen wird und nicht alle Auswirkungen präzise vorausszusehen sind. Deshalb ist damit zu rechnen, dass wir es insbesondere in den ersten Quartalen mit einem lernenden System zu tun haben, an dem noch Nachbesserungen vorgenommen werden. So ist unter anderem auf der Bundesebene geplant, insbesondere im fachärztlichen Bereich weitere Honorarzuschläge für qualitätsgebundene Leistungen zu installieren, um die momentan innerhalb der Arztgruppen weitgehend einheitlich veranschlagten Fallwerte weiter differenzieren zu können.

Das zusätzliche Geld kommt unterschiedlich bei den Ärzten an

Geld aus nicht ausgeschöpften Regelleistungsvolumina bleibt der Gesamtvergütung erhalten

Mit Nachbesserungen an der neuen Systematik ist zu rechnen

Wissenswertes im Überblick:

- Ab dem 1. Januar 2009 erfolgt die Honorarabrechnung nach der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- In dieser Euro-Gebührenordnung stehen feste Preise. Diese „Preisliste“ finden Sie in diesem Heft ab Seite 30.
- Mit diesen festen Preisen werden die so genannten „freien Leistungen“ (wie zum Beispiel Prävention) unbegrenzt vergütet. Je nach Versorgungsbereich oder Arztgruppe können diese Leistungen bereits einen beachtlichen Teil Ihrer Vergütung ausmachen.
- Bis zu einer Obergrenze, dem Regelleistungsvolumen (RLV), werden auch die nicht freien Leistungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet.
- Ihr RLV ergibt sich aus der Multiplikation eines arztgruppenspezifischen Fallwertes mit Ihren eigenen Fallzahlen aus dem Vorjahresquartal.
- Liegen Sie mit Ihrer Fallzahl des Vorjahresquartals um mehr als 50 Prozent über der durchschnittlichen Fallzahl Ihrer Arztgruppe, so gehen die weiteren Fälle mit abgestaffelten Fallwerten in die Berechnung des RLV ein.
- Über einen Faktor wird zusätzlich das Alter der behandelten Patienten berücksichtigt.
- Im Ergebnis ergeben diese Rechenschritte Ihr RLV als Euro-Betrag. Dieser Betrag wird dann bei der Honorarabrechnung den tatsächlich abgerechneten Leistungen gegenübergestellt.
- Vorsicht beim Vergleich Ihres RLV mit dem ehemaligen Punktzahl grenzvolumen (PZGV): Es sind nicht dieselben Leistungen enthalten.
- Bis zur Höhe des vorab zugewiesenen RLV werden Ihre abgerechneten Leistungen nach der Euro-Gebührenordnung, also zu einem festen Preis, vergütet.
- Überschreiten Sie mit Ihrer tatsächlichen Abrechnung das Ihnen vorab zugewiesene RLV, wird dieser Teil nur noch mit einem niedrigeren Preis vergütet.
- Daneben gibt es bei Hausärzten für bestimmte qualitätsgebundene Leistungen zusätzliche Honorarvolumina.
- Bei Fachärzten gibt es ein zusätzliches Honorarvolumen für die Teilradiologie.
- In speziellen Fällen können Sie einen Antrag auf Berücksichtigung individueller Praxisbesonderheiten stellen.
- Für Psychotherapeuten und ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte gibt es kein RLV, sondern „zeitbezogene Kapazitätsgrenzen“.
- Die bisherigen Regelungen des Honorarverteilungsvertrages (HVV) - z. B. zum Organisierten Notfalldienst (Tageskontaktpauschalen) - haben ab dem 1. Januar 2009 keine Gültigkeit mehr.

Die Struktur der zukünftigen Honorarsystematik

Mit der Honorarreform zum 1. Januar 2009 gehört die Punktzahlbewertung der ärztlichen Leistungen der Vergangenheit an. An die Stelle des bisherigen EBM tritt die Euro-Gebührenordnung, die Sie als „Preisliste“ ab Seite 30 in diesem Heft finden.

Die regionale
Euro-Gebührenordnung

In Zukunft werden also feste Euro-Preise abgerechnet. Diese Euro-Preise errechnen sich als Multiplikation der bisherigen Punktzahlbewertung der jeweiligen Leistung im EBM mit dem Orientierungspunktwert von 3,5001 Cent. Für zahlreiche Leistungen sind im Vorfeld noch die Punktzahlbewertungen angehoben worden.

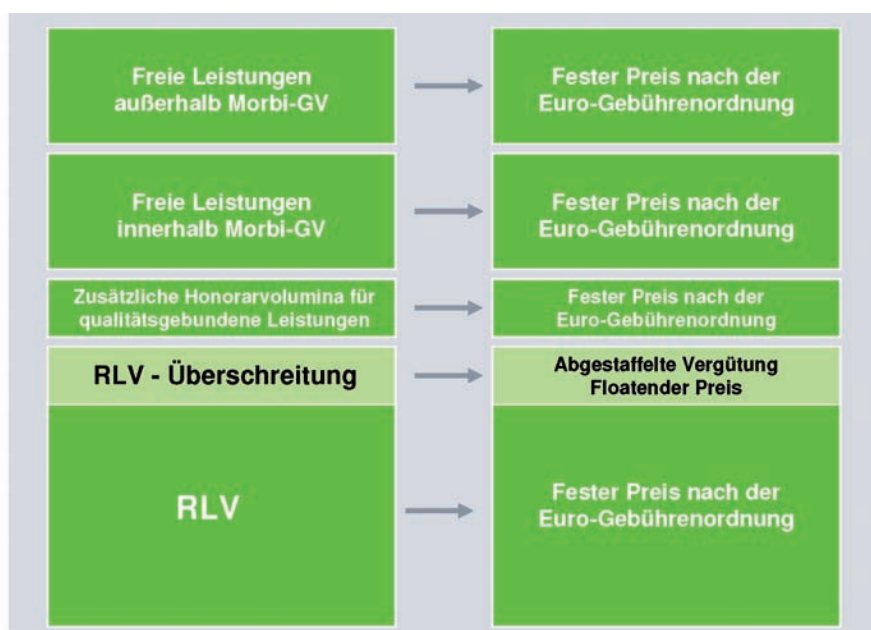
Ein Exemplar der Euro-Gebührenordnung für den Bereich der KVWL werden wir Ihnen in Buchform im Laufe des Dezembers 2008 zusenden.

Auch wenn mit dieser Euro-Gebührenordnung die Preise für jede einzelne Leistung feststehen, so hat der Gesetzgeber dennoch für einen Teil der Leistungen eine Obergrenze für die mit diesen Preisen zu vergütende Leistungsmenge, das so genannte **Regelleistungsvolumen (RLV)**, vorgesehen.

Die Abgrenzung der im Regelleistungsvolumen enthaltenen Leistungen sowie das Zustandekommen des arztindividuellen Regelleistungsvolumens soll im Fokus der folgenden Ausführungen stehen.

Das ärztliche Honorar setzt sich zukünftig aus mehreren Bausteinen zusammen. Welche Bedeutung den einzelnen Bausteinen zukommt, variiert stark zwischen den Arztgruppen, aber ebenso zwischen den Ärzten innerhalb einer Arztgruppe. Diese Bausteine werden im Folgenden einzeln erläutert.

Die Bausteine des vertrags-
ärztlichen Honorars in 2009



Freie Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung



Einige wichtige Leistungsbereiche werden von den Krankenkassen als Einzelleistungen zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung gezahlt. Zu diesen „freien Leistungen“ gehört zukünftig das komplette Kapitel 31, das heißt nicht nur alle dort aufgelisteten Operationen, sondern auch die dazugehörigen Anästhesien und prä- bzw. postoperativen Behandlungen aus diesem Kapitel. Ebenfalls zu den Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gehören:

Nr.	Leistungsbereich	GOP / SNR
1.	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 § 137f-g SGB V und Verträge zur integrierten Versorgung gemäß §§ 140a bis h SGB V)	
2.	Vergütungen für regional vereinbarte, nicht im EBM enthaltene Leistungen (z.B. Schutzimpfungen, Wegegebühren)	> SNR 89000
3.	Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen	Leistungen des Kapitels 36, 13311, 17370, 08410 bis 08416
4.	Ambulante Operationen und Koloskopie	Leistungen des Kapitels 31, 04514, 04515, 04518, 04520, 13421 bis 13431
5.	Früherkennung, Mammographie-Screening und Mutterschaftsvorsorge	01707 bis 01743, 01750 bis 01758, 01770 bis 01815
6.	Früherkennungsuntersuchung U 7a	01723
7.	Hautkrebscreening	01745, 01746
8.	Durchführung von Vakuumstanzbiopsien	01759, 34274, 40454, 40455
9.	Strahlentherapie	Leistungen des Kapitels 25, 40840
10.	Phototherapeutische Keratektomie	31362, 31734, 31735, 40680
11.	Leistungen der künstlichen Befruchtung	Leistungen bei Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung, die mit GOP-Zusatz „X“ zu kennzeichnen sind
12.	Substitutionsbehandlung	01950 bis 01952

Freie Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

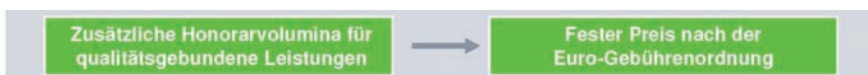


Innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden weitere Leistungen ohne Mengenbegrenzung nach den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Der Unterschied zu den freien Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung besteht darin, dass ein Anstieg dieser Leistungen auf Dauer zur Folge hat, dass weniger Geld für die Regelleistungsvolumina aller Ärzte zur Verfügung steht. Umgekehrt kommen Einsparungen bei diesen Leistungen, zum Beispiel im Bereich der Laborkosten, den Regelleistungsvolumina des Folgequartals zu Gute.

Die freien Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung werden zum Teil deutlich besser vergütet als in der Vergangenheit. Diese Verbesserungen betreffen unter anderem den Laborwirtschaftlichkeitsbonus und den organisierten Notfalldienst.

a) Freie Leistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich
Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
Leistungen im organisierten Notfalldienst
Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
Verordnung medizinischer Rehabilitation (GOP 01611)
Auswertung Langzeit-EKG als Auftragsleistung (Definitions- oder Indikationsauftrag) (GOP 03241 und 04241)
Zusatzpauschale Ösophago-Gastroduodenoskopie (GOP 13400)
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32
Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34282)
Kostenpauschalen des Kapitels 40

b) Freie Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich
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)
Verordnung medizinischer Rehabilitation (GOP 01611)
Beratung gemäß § 4 der Chroniker-Richtlinie zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 01.04.1987 geborenen Frauen (GOP 01735)
Chlamydien-Screening (GOP 01816, 01817, 01818, 01840, 01842, 01843, 01915, 01917, 01918)
Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 bis 1.7.7
Anästhesien und Zuschläge (GOP 05330, 05331)
Beobachtung und Betreuung nach operativem oder diagnostischem Eingriff im Anschluss an Anästhesie der GOP 05330 (GOP 05350)
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 13253 und 27323)
Histologie, Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
ESWL (GOP 26330)
Leistungen des Abschnitts 30.7.1 zur Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten, durch nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte
Akupunktur des Abschnitts 30.7.3
Polysomnographie (GOP 30901)
Laboratoriumsmedizinische Untersuchungen des Kapitels 32



Zusätzliche Honorarvolumina für qualitätsgebundene Leistungen

Die Systematik dieser Regelung ist vergleichbar mit den ehemaligen „gelben EBM-Zusatzbudgets“. Das heißt, bestimmte qualitätsgebundene Leistungen (zum Beispiel Sonographie) werden bis zu einer separaten Obergrenze zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet. Dieses zusätzliche Honorarvolumen wird eröffnet, sobald die entsprechenden Leistungen abgerechnet werden.

Zusätzliche Honorarvolumina im hausärztlichen Versorgungsbereich

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Betrag in Euro
1.	Sonographie	33000 bis 33002, 33010 bis 33012, 33040 bis 33044, 33050 bis 33052, 33060 bis 33062, 33076, 33080, 33081, 33090 bis 33092	3,50
2.	Psychosomatik	35100 und 35110	3,00
3.	Prokto- / Rektoskopie	03331 bzw. 04331	1,00
4.	Kleinchirurgie	02300 bis 02302	1,50
5.	Langzeit-EKG	03322 bzw. 04322	1,00
6.	Langzeit-Blutdruckmessung	03324 bzw. 04324	1,00
7.	Spirometrie	03330 bzw. 04330	1,00
8.	Ergometrie	03321 bzw. 04321	1,50
9.	Chirotherapie	30200 und 30201	1,00

Die Höhe des zusätzlichen Honorarvolumens ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen Fallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals (für das Quartal 1/2009 also der Fallzahl des Quartals 1/2008) mit dem je Leistungsbereich ausgewiesenen Eurobetrag. Beispielsweise beträgt bei 900 Fällen das zusätzliche Honorarvolumen für Sonographie insgesamt 3.150 Euro (900 x 3,50 Euro). Bis zu dieser Grenze werden bei diesem Arzt Sonographien zu den Preisen der Euro-Gebührenordnung vergütet

Verrechnungsmöglichkeiten

Es gibt eine Verrechnungsmöglichkeit von überschrittenen zusätzlichen Honorarvolumina mit dem Regelleistungsvolumen, sofern dieses nicht ausgeschöpft ist. Umgekehrt können nicht ausgeschöpfte zusätzliche Honorarvolumina jedoch nicht mit Leistungen des Regelleistungsvolumens aufgefüllt werden. Außerdem können die zusätzlichen Honorarvolumina unter 3. bis 9. untereinander verrechnet werden. Diese Systematik ist mit der Verrechnung der ehemaligen „gelben EBM-Zusatzbudgets“ vergleichbar.

Zusätzliches Honorarvolumen im fachärztlichen Versorgungsbereich

Auch im fachärztlichen Bereich ist die Systematik dieser Regelung ähnlich wie die ehemaligen „gelben EBM-Zusatzbudgets“ zu verstehen. Für die Teilradiologie werden feste Preise nach der Euro-Gebührenordnung vergütet bis zu einer Obergrenze, dem zusätzlichen Honorarvolumen.

Nr.	Leistungsbereich	GOP	Betrag in Euro
1.	Diagnostische Radiologie	34210 bis 34282	5,00

Die Höhe des zusätzlichen Honorarvolumens ergibt sich aus der Multiplikation der eigenen Arztfallzahl des entsprechenden Vorjahresquartals (für 1/2009 gilt also 1/2008) mit dem ausgewiesenen Eurobetrag.

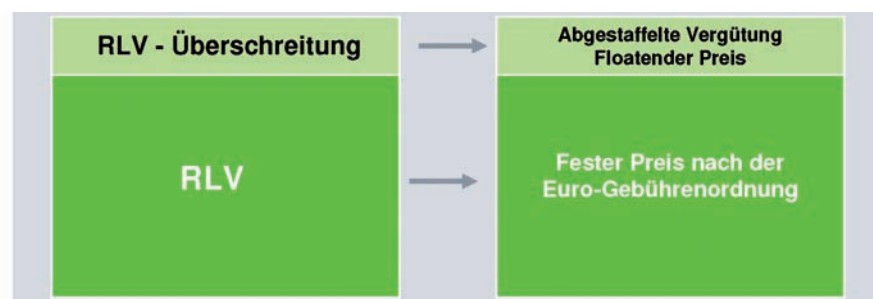
Von diesem Honorarvolumen ausgenommen sind die Fachärzte für Nuklear-

medizin, Radiologie oder Strahlentherapie. Hier sind die entsprechenden Leistungen Bestandteil des Regelleistungsvolumens.

Die Verrechnung eines überschrittenen zusätzlichen Honorarvolumens mit einem nicht ausgeschöpften Regelleistungsvolumen ist möglich. Umgekehrt kann ein nicht ausgeschöpftes zusätzliches Honorarvolumen jedoch nicht mit Leistungen des Regelleistungsvolumens aufgefüllt werden.

Alle bislang nicht aufgeführten Leistungen werden ebenfalls nach der Euro-Gebührenordnung abgerechnet und vergütet, allerdings nur bis zu einer praxisindividuellen Euro-Grenze, dem Regelleistungsvolumen. Die über diese Grenze hinaus abgerechneten Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet.

Das Regelleistungsvolumen (RLV)



Die Bestimmungen zur Berechnung der Regelleistungsvolumina wurden vom Erweiterten Bewertungsausschuss auf der Bundesebene beschlossen und sind für die KVWL verbindlich. Lediglich ein Teil der Umsetzungsvorgaben muss zusätzlich auf Landesebene mit den Krankenkassen verhandelt werden. Den daraus resultierenden Vertrag zu den Regelleistungsvolumina (RLV-Vertrag) finden Sie ab Seite 13 in diesem Heft.

Sämtliche Regelungen, die hier erläutert werden, basieren auf den Bundesvorgaben und unserem regionalen Vertrag.

Mit Ausnahme der Laborärzte, Pathologen, Strahlentherapeuten und Psychotherapeuten bekommen alle Ärzte grundsätzlich ein RLV. Eine Auflistung der Arztgruppendifferenzierungen finden Sie in Anlage 1 des RLV-Vertrages.

Berechnung des RLV

Die Berechnung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist grundsätzlich einfach: Die arztindividuelle Fallzahl des Vorjahresquartals wird multipliziert mit dem arztgruppenspezifischen, also für alle Ärzte einer Arztgruppe einheitlichen RLV-Fallwert, oder als Formel ausgedrückt:

$$RLV_{\text{Arzt}} = FW_{\text{AG}} \times FZ_{\text{Arzt}}$$

Dabei entspricht die RLV-relevante Fallzahl derjenigen Ärzte, die im 1. Quartal 2008 unter einem Punktzahlgrenzvolumen (PZGV) abgerechnet haben, der PZGV-relevanten Fallzahl aus 1/08. Diese finden Sie in Ihrer damaligen Honorarabrechnung. Bei allen anderen Arztgruppen wurde die RLV-relevante Fallzahl aus den Abrechnungsdaten des 1. Quartals 2008 neu ermittelt.

Da die in Berufsausübungsgemeinschaften erbrachten ärztlichen Leistungen im 1. und 2. Quartal 2008 noch nicht gekennzeichnet wurden, gilt für die Er-

mittlung der Arztfallzahl für diesen Zeitraum eine Übergangsregelung, nach der in fachgleichen Berufsausübungsgemeinschaften unterstellt wird, dass sich die Zahl der Arztfälle gleichmäßig auf die beteiligten Ärzte verteilt hat. In fachungleichen Berufsausübungsgemeinschaften orientiert sich die Ermittlung der Zahl der Arztfälle an der Zahl der arztgruppenspezifischen Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen.

Die Ermittlung des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes ist von der Bundesebene konkret vorgegeben. Die durchzuführenden Rechenschritte haben wir auf Seite 14 dargestellt.

Die für die Berechnung Ihres RLV zugrunde gelegte Fallzahl finden Sie in Ihrem Berechnungsnachweis unter 1.7, den arztgruppenspezifischen RLV-Fallwert unter 1.5.

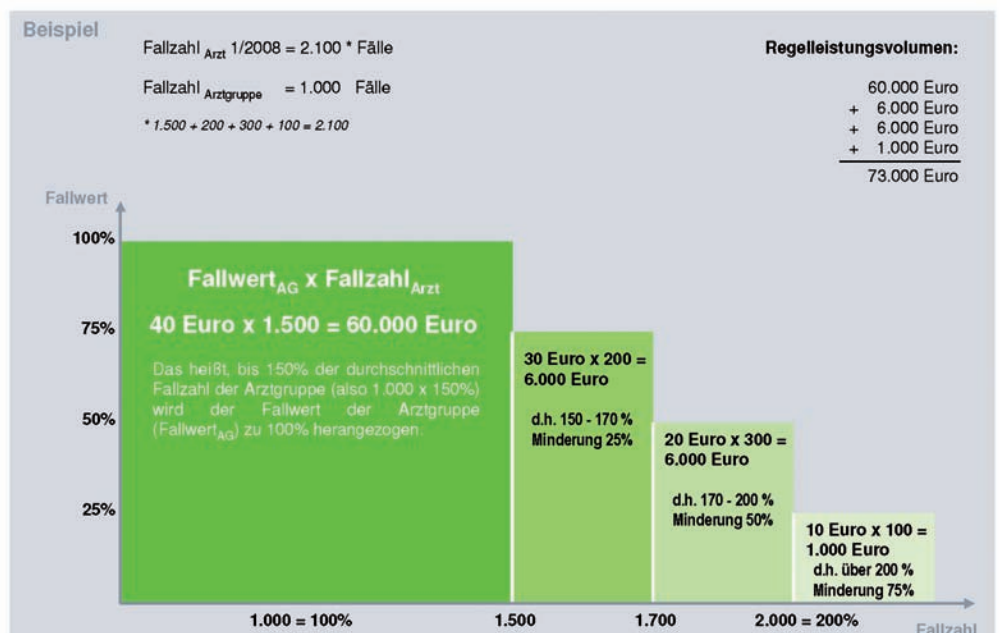
Fallbezogene Abstufungen

Liegt die Fallzahl eines Arztes unterhalb von 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe, so geht für jeden Fall der volle arztgruppenspezifische RLV-Fallwert in die Berechnung des Regelleistungsvolumens ein.

Liegt jedoch ein Arzt mit seiner Fallzahl um mehr als 50% oberhalb des Arztgruppendurchschnitts, so gehen die Fälle oberhalb dieser Abstufungsgrenze mit einem verminderten Fallwert in die Berechnung des Regelleistungsvolumens ein.

Der für die RLV-Berechnung verwendete arztgruppenspezifische Fallwert wird in diesem Fall stufenweise gemindert:

- Um 25 %: für Fälle über 150 bis 170 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe;
- Um 50 %: für Fälle über 170 bis 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe;
- Um 75 %: für Fälle über 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe



Sofern die fallzahlbezogene Abstufung bei der Berechnung Ihres RLV ge-
griffen hat, finden Sie die einzelnen Abstufungsstufen unter 2.1 bis 2.5 in Ih-
rem Berechnungsnachweis.

Um Unterschiede in der Altersstruktur der Patienten zu berücksichtigen, wird
das so ermittelte RLV mit dem sogenannten Morbiditätsfaktor praxisindividuell
gewichtet.

Dieser Morbiditätsfaktor wirkt sich folgendermaßen aus:

Hatte z. B. eine Praxis im 1. Quartal 2008 einen überdurchschnittlich hohen
Anteil von Patienten, die jünger als sechs Jahre oder älter als 60 Jahre waren,
kann sich ein Morbiditätsfaktor >1 ergeben. Dies bedeutet eine entsprechende
Erhöhung des RLV. War der Anteil junger oder alter Patienten unterdurch-
schnittlich, kann sich ein Morbiditätsfaktor < 1 ergeben.

Den Morbiditätsfaktor finden Sie unter 1.8 in Ihrem Nachweis zur Berechnung
des RLV.

Das Regelleistungsvolumen einer Berufsausübungsgemeinschaft wird eben-
falls für jeden beteiligten Arzt separat berechnet, jedoch der Berufsaus-
übungsgemeinschaft als eine Summe zugewiesen. Hier setzt sich also das Re-
gelleistungsvolumen für die Praxis zusammen aus der Summe der Regelleis-
tungsvolumina für jeden einzelnen Arzt.

Das Regelleistungsvolumen einer arztgruppen- und schwerpunktgleichen Be-
rufsausübungsgemeinschaft wird - zunächst begrenzt auf das erste Halbjahr
2009 - unter Berücksichtigung eines Aufschlags von 10% berechnet.

Die über das Regelleistungsvolumen hinaus abgerechneten Leistungen einer
Praxis werden mit abgestaffelten Preisen vergütet. Die für diese Abstufung
zu verwendende Quote wird für den hausärztlichen und den fachärztlichen Ver-
sorgungsbereich getrennt berechnet. In beiden Versorgungsbereichen werden
jeweils 3 % des Vergütungsvolumens für die abgestaffelt zu vergütenden Lei-
stungen reserviert. Dieses Finanzvolumen liegt erheblich über dem Volumen,
das bislang für die Vergütung der PZGV-Überschreitungen zur Verfügung stand,
so dass im Überschreibungsbereich im Vergleich zur Vergangenheit mit höheren
Preisen zu rechnen ist.

Mit der Einführung von Regelleistungsvolumina verlieren die bisherigen Jobsha-
ring-Obergrenzen ihre Gültigkeit. Jobsharing-Praxen bekommen in Kürze eine
neue Jobsharing-Obergrenze mitgeteilt, die unter Berücksichtigung der Regelun-
gen zu den RLV berechnet werden.

Die Tätigkeit angestellter Ärzte und Partner im Rahmen des Jobsharings sowie von
Weiterbildungs-, Entlastungs- und Sicherstellungsassistenten begründet kein zu-
sätzliches RLV, sondern wird dem anstellenden Arzt/Seniorpartner zugerechnet.

Morbiditätsfaktor

Berufsausübungsgemeinschaften

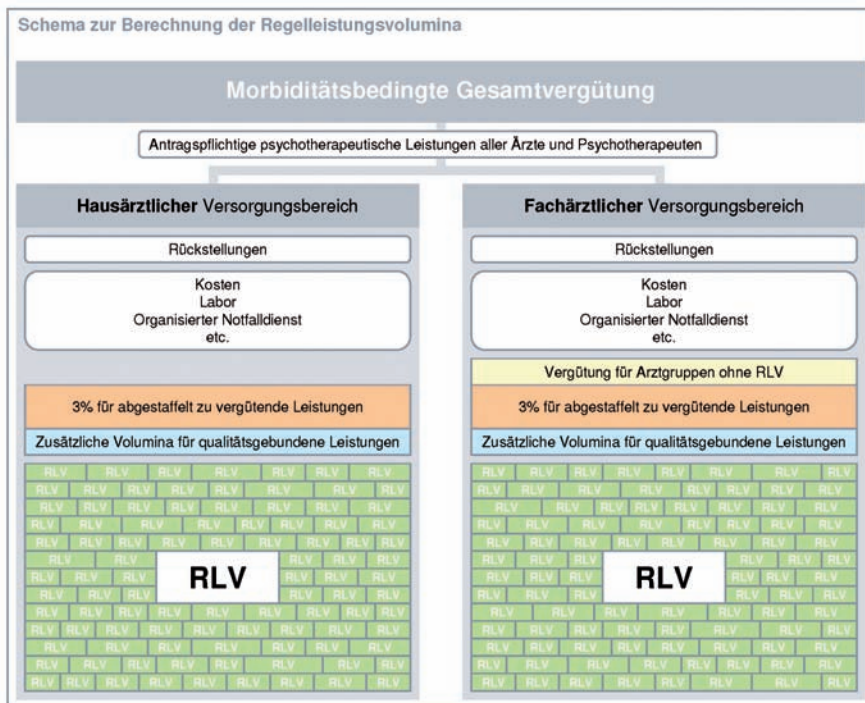
Abgestaffelt zu vergütende Leistungen (Überschreitung des Regelleistungsvolumens)

Jobsharing

Der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert

Der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert wird in sechs Schritten berechnet, die sich auch im nebenstehenden Schema nachvollziehen lassen:

- **Schritt 1:** Ausgangsbasis für die Berechnung ist die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Angepasst um die zu erwartenden Auswirkungen des Fremdkassenzahlungsausgleichs und unter Abzug der antragspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen wird das auf die beiden Versorgungsbereiche aufzuteilende Vergütungsvolumen ermittelt.
- **Schritt 2:** Bei der Aufteilung dieses Vergütungsvolumens auf den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich werden die entsprechenden Honoraranteile des Jahres 2007 unter Berücksichtigung der Auswirkungen des EBM 2008 verwendet.
- **Schritt 3:** Aus den Vergütungsvolumina für die beiden Versorgungsbereiche werden versorgungsbereichsspezifische Rückstellungen für neue Ärzte, für Praxisbesonderheiten, für den Ausgleich überproportionaler Honorarverluste sowie für mögliche Fehlschätzungen gebildet. 3 % der Vergütungsvolumina werden je Versorgungsbereich für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen reserviert. Außerdem ist die Vergütung der freien Leistungen, die innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angesiedelt sind, kalkulatorisch in Abzug zu bringen. Übrig bleibt das so genannte RLV-Vergütungsvolumen.
- **Schritt 4:** Das RLV-Vergütungsvolumen wird nun kalkulatorisch auf die Arztgruppen aufgeteilt. Grundlage für diese Aufteilung sind die abgerechneten Punktzahlen der RLV-relevanten Leistungen aus dem Jahre 2007, angepasst um die Effekte des EBM 2008. Aus dieser Berechnung ergibt sich das RLV-Vergütungsvolumen für jede Arztgruppe.
- **Schritt 5:** Das RLV-Vergütungsvolumen der einzelnen Arztgruppen wird durch die entsprechenden Fallzahlen der Arztgruppen aus dem Vorjahresquartal dividiert. Das Ergebnis ist der arztgruppenspezifische RLV-Fallwert, der demnach für jedes Quartal neu berechnet wird.
- **Schritt 6:** Liegt der so ermittelte RLV-Fallwert für eine Arztgruppe deutlich unterhalb des entsprechenden Vergleichsfallwerts für dieselben Leistungen im Vorjahresquartal, so wird der dadurch entstehende Honorarverlust in 2009 im Sinne einer Konvergenzphase begrenzt, indem der RLV-Fallwert für diese Arztgruppe bis zu einem definierten Niveau gestützt wird. Diese Maßnahme wird aus Rückstellungen für Sicherstellungsaufgaben finanziert.



In besonderen Ausnahmefällen kann bei der KVWL ein Antrag auf Anpassung des RLV in Bezug auf die zugrunde gelegte Fallzahl gestellt werden. Die in diesem Fall zu berücksichtigenden Tatbestände sind von der Bundesebene vorgegeben. Die Grundvoraussetzung für das Vorliegen eines solchen Tatbestands ist eine erhöhte Fallzahl im aktuellen Quartal um mehr als 15 % gegenüber dem Arztgruppendurchschnitt. Deshalb kann eine eventuelle Anpassung immer erst nach Ablauf des Abrechnungsquartals erfolgen.

Erhöhung der für die Ermittlung des RLV zugrunde gelegten Fallzahl auf Antrag

Berücksichtigt werden Ausfälle anderer Ärzte (z. B. wegen Krankheit, Urlaub oder Aufgabe der Zulassung), die zu einer höheren eigenen Fallzahl führen sowie eigene Ausfallzeiten im Vorjahresquartal von zusammenhängend mehr als vier Wochen sowie Fallzahlsteigerungen, die darin begründet sind, dass sich der Arzt noch in der Aufbauphase befindet (5. bis 12. Abrechnungsquartal nach Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit).

Urlaubstage im Vorjahresquartal bis zu vier Wochen können hingegen keine Berücksichtigung finden, auch dann nicht, wenn der Urlaub im aktuellen Jahr quartalsversetzt angetreten wird. Hier kann man davon ausgehen, dass sich die daraus ergebenden Verschiebungen innerhalb eines Jahres wieder ausgleichen.

Bitte bedenken Sie bei Ihren Planungen, dass Ihre in 2009 erbrachten Fallzahlen Grundlage für Ihr RLV im Jahr 2010 sind.

Das Regelleistungsvolumen eines Arztes kann auf Antrag auch aufgrund von Praxisbesonderheiten erhöht werden, wenn ein besonderer Versorgungsauftrag der Praxis vorliegt oder eine besondere, für die Versorgung bedeutsame fachliche Spezialisierung und daraus eine Überschreitung des durchschnittlichen Fallwerts der Arztgruppe von mindestens 30 % resultiert. Ein Antrag auf Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten muss neben der Darstellung der Besonderheit auch diejenigen Leistungen beinhalten, in denen sich die

Praxisbesonderheiten

Praxisbesonderheit ausdrückt. Insbesondere kann für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkttätigkeit (Leistungen nach Abschnitt 4.4 und 4.5 EBM) auf Antrag das Regelleistungsvolumen entsprechend des Sicherstellungsbedarfs angepasst werden.

Neupraxen

Ärzte, die im Vorjahresquartal noch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilgenommen haben, erhalten ein arztgruppendurchschnittliches Regelleistungsvolumen. Hat der Arzt einen Vertragsarztsitz übernommen, so kann auf Antrag die Fallzahl des Vorgängers übernommen werden.

Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten einer Praxis

Verringert sich das Gesamthonorar und das Gesamthonorar je Fall einer Praxis aufgrund des Umstiegs auf die neue Systematik um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, so kann ein Antrag auf eine Ausgleichszahlung gestellt werden. Die Ausgleichszahlung begrenzt den Honorarverlust auf 85 % des Gesamthonorars je Fall des Vorjahresquartals, dabei jedoch maximal auf 85 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals.

Psychotherapeuten

Auch die psychotherapeutischen Fachgruppen rechnen selbstverständlich nach der Euro-Gebührenordnung ab, sind allerdings von der Systematik der Regelleistungsvolumina ausgenommen. Stattdessen unterliegen sie einer Kapazitätsgrenze, ausgedrückt in Minuten, bis zu der alle antragspflichtigen und nicht antragspflichtigen Leistungen - angesetzt mit den Prüfzeiten des Anhangs 3 zum EBM - mit festen Euro-Preisen vergütet werden. Die Preise der oberhalb dieser Grenze abgerechneten Leistungen werden bis zum 1,5-fachen der Kapazitätsgrenze mit der Quote der abgestaffelt vergüteten Leistungen des fachärztlichen Versorgungsbereichs quotiert. Die Kapazitätsgrenzen für das 1. und das 2. Quartal 2009 entnehmen Sie bitte der folgenden Tabelle.

Arztgruppe	Kapazitätsgrenze je Quartal (in Minuten)			
	1/2009	2/2009	3/2009	4/2009
Psychologische Psychotherapeuten	30.010	30.111		
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten	30.540	30.762		
Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	30.175	30.003		
andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien	29.613	29.655		