

Regelleistungsvolumina – Bewertungsmaßstab für die vertragsärztliche Vergütung

1. Das System der vertragsärztlichen Vergütung

Die Einführung der Regelleistungsvolumina (RLV) zählt zu den umstrittensten und wichtigsten Elementen der Honorarreform 2009 für Vertragsärzte. Charakteristisch für das System der vertragsärztlichen Vergütung ist dabei eine Zweistufigkeit. Auf der ersten Stufe wird durch **§ 87a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)** geregelt, dass die Krankenkassen die von ihnen geschuldete Vergütung an die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) nicht mehr - wie bisher - nach einem reinen Punktesystem, sondern nach der Euro-Gebührenordnung in Euro zahlen. Auf der zweiten Stufe wurden ab dem 1. Januar 2009 für die Vergütung der Ärzte gemäß **§ 87b Abs. 1, 2 SGB V** eben die RLV eingeführt, welche die Verteilung der Vergütung an die Ärzte durch die KV regeln sollen. Dabei wird in **§ 87 SGB V** ein einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) festgelegt, nach dem alle Leistungen im Rahmen der RLV einheitlich vergütet werden. Für das Jahr 2009 liegt der EBM nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses gemäß **§ 87c Abs. 1 SGB V** zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes nach **§ 87 Abs. 2e S. 1 Nr. 1 SGB V** bei 3,5001 Cent. Die vergütungsrechtlichen Neuerungen gelten nur für vertragsärztliche Leistungen. Vertragszahnärztliche Leistungen sind gemäß **§ 87b Abs. 1 S. 2 SGB V** vom Anwendungsbereich des **§ 87b SGB V** ausgenommen.

Die Einführung der RLV beruht auf **Art. 1 Nr. 57b GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (GKV-WSG)** vom 26. März 2007, das die Regelung des **§ 87b SGB V** mit Wirkung vom 1. Januar 2009 in das SGB V eingefügt und die schrittweise Umsetzung dieser Neuregelung bis zum 1. Januar 2009 festgelegt hat.

2. Der Begriff des Regelleistungsvolumens

Der Begriff des Regelleistungsvolumens ist in **§ 87b Abs. 2 S. 2 SGB V** definiert worden. Darunter wird die von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der vertragsärztlichen Leistungen verstanden, die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß **§ 87a Abs. 2 SGB V** enthaltenen und für den Arzt oder die Arztpraxis geltenden Preisen zu vergüten ist. Damit zielt das Regelleistungsvolumen darauf ab, eine bestimmte Leistungsmenge an Grundversorgung von derjenigen Leistungsmenge abzugrenzen, die über die vollständig finanzierbare Grundversorgung hinausgeht und die nach **§ 87b Abs. 2 S. 3 SGB V** daher nur mit abgestaffelten Preisen zu vergüten ist. Sinn und Zweck der Regelung ist die Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis (vgl. **§ 87b Abs. 2 S. 1 SGB V**), so dass durch die Neuregelung die beabsichtigte Kalkulierbarkeit, Transparenz und Entbürokratisierung der Ärztevergütung erreicht werden soll. Folglich ist diese Modifikation der ärztlichen Vergütungsregelung mit dem Normzweck der bis Ende 2008 geltenden Individualbudgets vergleichbar.

Die Werte für die RLV ergeben sich aus **§ 87b Abs. 3 SGB V**. Entscheidende Kriterien für die Berechnung der RLV sind dabei nach dieser Bestimmung vor allem die Morbidität (d. h. erhöhte Krankheitshäufigkeit) der Patienten, die jeweilige Arztgruppe, der Versorgungsgrad sowie eventuelle Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen.

3. Die Ermittlung der Regelleistungsvolumina

Die Ermittlung der RLV ist in **§ 87b Abs. 4 SGB V** normiert. Sie bedarf dreier Schritte: Im ersten Schritt bestimmt der Bewertungsausschuss, der nach **§ 87 Abs. 3 SGB V** aus jeweils drei von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen bestellten Vertretern besteht, ein zwingend anzuwendendes Berechnungsverfahren. Anschließend ermitteln die KV, die Landesverbände

Nr. 42/09 (13. Mai 2009)

der Krankenkassen und die Ersatzkassen auf der Grundlage dieses Verfahrens eine konkrete Berechnungsformel, indem sie die erforderlichen regionalen Daten in Bezug auf das Berechnungsverfahren subsumieren. Im letzten Schritt weisen die KV, die gemäß **§ 87b Abs. 5 SGB V** in Verbindung mit § 24 Abs. 1 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) für den jeweiligen Bezirk zuständig sind, aufgrund der konkreten Berechnungsformel dem einzelnen Arzt bzw. der einzelnen Praxis ein konkretes RLV zu.

Die Berechnung des individuellen RLV's ergibt sich schließlich aus einer Multiplikation der Fallzahl des Arztes mit dem Fallwert der Arztgruppe und mit dem Gewichtungsfaktor des Alters der Patienten. Dabei wird unter der Fallzahl die Anzahl der kurativ-ambulantem Arztfälle auf der Basis des entsprechenden Vorjahresquartals verstanden. Der Fallwert wird dadurch ermittelt, dass das Vergütungsvolumen, welches für die RLV der jeweiligen Arztgruppe entsprechend der Morbidität zur Verfügung steht, durch die Fallzahl der jeweiligen Arztgruppe dividiert wird.

Ein effektiver Rechtsschutz wird im Zusammenhang mit den RLV dadurch gewährleistet, dass es möglich ist, sowohl den Zuweisungsbescheid als auch den Honorarbescheid im Rahmen einer Anfechtungsklage kontrollieren zu lassen.

4. Kritik

Die Honorarreform 2009 ist auf erhebliche Kritik gestoßen. Große Teile der Ärzteschaft beklagen vor allem Gewinnverluste und die damit möglicherweise drohende Verschlechterung der ärztlichen Grundversorgung. Dabei wird jedoch in der Regel nicht zwischen den einzelnen Elementen der Honorarreform differenziert. So bleibt unklar, ob die Kritiker die Einnahmeeinbußen auf den EBM in Ost- und Westdeutschland, die Euro-Gebührenordnung oder die RLV zurückführen. Es kann allerdings zwischen den Gewinnern und den Verlierern der Honorarreform 2009 unterschieden werden: Zu den Gewinnern zählen, wie vom Gesetzgeber intendiert, vor allem Ärzte in Ostdeutschland, deren Vergütung dem Westniveau angeglichen werden soll, um so einem Ärztemangel im Osten vorzubeugen. Weitere Begünstigte der Honorarreform 2009 sind Ärzte, die über einen großen Patientenstamm verfügen oder die über die RLV hinausgehende Zusatzleistungen, wie z.B. Impfungen oder Vorsorgeuntersuchungen, anbieten können. Geringere Zuwächse verzeichnen dagegen vor allem Ärzte in Westdeutschland, und zwar insbesondere diejenigen, welche nur wenige Patienten behandeln, diese aber intensiv versorgen. Ferner werden Fachärzte, die aufgrund ihres Behandlungsbereichs keine Zusatzleistungen anbieten können, zu den Verlierern der Reform gezählt. Während eines der Ziele der Honorarreform die erwähnte Vermeidung eines Ärztemangels in Ostdeutschland war, befürchten Kritiker nunmehr, dass die Modifikationen der Ärztevergütung zu einem Fachärztemangel und einem allgemeinen Ärztemangel in den ländlichen Regionen Westdeutschlands führen könnten. Die Vertreter der Krankenkassen suchen diese Kritik allerdings zu relativieren, indem sie darauf hinweisen, dass die RLV nur einen Teil, nämlich ca. zwei Drittel der Gesamtvergütung, ausmachten und ein Drittel derselben aus Zusatzleistungen bestünde. Daher seien Einnahmeverluste bzw. –gewinne jedenfalls zum jetzigen Zeitpunkt nicht abzusehen. Dieses Argument wird allerdings von der Ärzteschaft als ein Indiz für die zunehmende Planungsunsicherheit angesehen. Inzwischen haben sich Mediziner und Krankenkassen darauf geeinigt, die Verteilung des Honorars unter den Ärzten zu verbessern, ohne dass dessen Gesamtvolumen steigt. Der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009 (Teil A Nr.1) ermöglicht den Partnern der Gesamtverträge mit Wirkung zum 1. Januar 2009, zur Vermeidung von überproportionalen Honorarverlusten und zur Sicherung der flächendeckenden Versorgung mit vertragsärztlichen Leistungen ein Verfahren zur schrittweisen Anpassung der RLV zu beschließen, sofern die Honorarverluste nicht durch von der Praxis zu verantwortende Gründe entstanden und durch die Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik begründet sind.

Quellen:

- Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses in seiner 7.Sitzung am 28.8.2008 gemäß § 87c Abs. 1 SGB V zur erstmaligen Festlegung des Orientierungswertes nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2009 mit Wirkung zum 1.9. 2008; in: Deutsches Ärzteblatt 2008, 105(38): A 1988 – 98
- Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nach § 87 Abs 4 SGB V in seiner 9.Sitzung am 15.1.2009 zur Umsetzung und Weiterentwicklung der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87 b Abs.2 und 3 SGB V, mit Wirkung zum 1.1.2009; abrufbar über: www.gkv-spitzenverband.de
- Franz Knieps/Christian Leber, Die Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung – Darstellung und Zielsetzung der gesetzlichen Regelungen, in: Vierteljahresschrift für Sozialrecht 2008, H. 3, S. 177-186
- Bert Grabow/Pascal Kaiser, Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung, in: Die Krankenversicherung 2008, H. 11, S. 282 - 286