

## Editorial: Ein Danaergeschenk!

Keine Frage: 2,5 Milliarden Euro sind ein Geschenk, das mit Freude und ohne näheres Hinsehen gerne genommen wird. Entsprechend wurde dieses Geschenk von denen, die es den Vertragsärzten besorgt zu haben vorgeben, medienwirksam als größte Honorarsteigerung aller Zeiten verkauft. Das ist richtig. In der Tat gab es noch nie eine vergleichbare Vermehrung des Geldvolumens, welches der ambulanten Versorgung zur Verfügung steht. Es gab allerdings auch noch nie eine vergleichbare jahrelange Durststrecke ohne Ausgleich der Verluste durch Inflation, Kostensteigerung und vor allem Mehrbedarf an Leistungen. Wir alle wissen, dass die angestauten Verluste bei weitem höher sind als die jetzt erfolgte Steigerung.

Trotzdem ist ein gewisser Jubel verständlich. Aber Vorsicht: Wer eigentlich wissen müsste, dass die 2,5 Milliarden nicht reichen, müsste doch vielleicht etwas Zurückhaltung üben. Wo also ist der Haken an der Sache?

Zum einen ist die Summe von 2,5 Milliarden Euro trotz aller Anstrengungen der KBV einschließlich publikumswirksamen zwischenzeitlichen Auszug aus der Verhandlungsrunde sicher nicht den vorgetragenen Argumenten geschuldet. Das Geld kommt schlicht von oben. Es gab zu dieser Frage gar keine echte Verhandlung, weil das Ergebnis von vornherein feststand. Die Bundesregierung kann es sich nicht leisten, im kommenden Wahljahr weiterhin die Unruhe der Ärzte zu ertragen

und hat deshalb in einem ersten Schritt den Kassenärzten 2,5 Milliarden geschenkt und wird dies in Kürze für die Krankenhäuser nachholen. Für die Öffentlichkeit wird gleichzeitig der Eindruck vermittelt, dass die Ärzte eine direkte Gehaltsverbesserung von mehr als 20.000 Euro pro Kopf bekommen. Dass es sich lediglich um eine Umsatzmehrung ohne Abzug von Kosten, Altersvorsorge und Steuern handelt, fällt unter den Tisch. Es ist völlig klar, dass ein weiterer Protest, so begründet er in unseren Augen auch ist, damit in den Medien und so auch in der Öffentlichkeit auf völliges Unverständnis stoßen wird.

Die erste Falle ist somit deutlich: **die Ärzteschaft ist mundtot gestellt.** Der eigentliche Inhalt des trojanischen Pferdes ist aber viel gravierender:

Es ist schon erstaunlich, dass die KBV auf den Pressekonferenzen im Anschluss an die Einigung im Bewertungsausschuss immer nur von der zusätzlichen Geldmenge gesprochen hat, ohne auf die einzelnen Beschlüsse zur Struktur der künftigen Euro-Gebührenordnung einzugehen. Es wurde versucht (verständlich bei den Inhalten), auf die Schmachhaftigkeit des Zuckergusses hinzuweisen, um von den Giftstoffen der bitteren Pille abzulenken.

Im Kern hat die KBV zugestimmt, den Bewertungsansatz der immer wieder als das Maß der Dinge in den Vordergrund gestellten betriebswirtschaftlichen Kalkulation ärztlicher Leistungen von 5,11 cent

auf 3,5058 cent abzuwerten. **Das sind mehr als 30%!** Wo hat es das schon mal gegeben, dass die Verhandlungsführer einfach so, ohne Urabstimmung, ohne Nachfrage bei den Betroffenen 30% Rabatt einräumen. Angesichts dieser Dimension ist es ein Hohn, sich danach mit dem Verhandlungsergebnis 10% mehr Geld zu brüsten.

Fortsetzung Folgeseite

### Sonderausgabe zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses

#### Inhalt

Editorial	1
Beschlüsse BWA	2
A: Orientierungswert	3
B: Behandlungsbedarf 2009 für die Gesamtvergütung	4
C: Indikatoren zur regionalen Anpassung	5
D: Psychotherapie	6
E: Veränderung der Morbidität	6
F: Arztindividuelle Regelleistungsvolumina	7
G: Rückstellungen	13
H: Anpassung Bewertung EBM	13

Verantwortlicher  
Herausgeber:  
Dr. J.-A. Rüggeberg  
Präsident der GFB  
Redaktion:  
Dr. Hanns-Hinnerk Felsing

**Wichtig:** Der stets vorgetragene Grundsatz der Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen ist klammheimlich weggefallen. In der entsprechenden Beschlussfassung ist lediglich die Rede von Epidemien oder Naturkatastrophen, die einen Mehrbedarf rechtfertigen, nicht jedoch eine Anpassung an den erhöhten Versorgungsbedarf insbesondere durch steigende Überalterung und schon gar nicht durch medizinischen Fortschritt bedingt. Die KBV hat unter dem Vorwand des Zugewinns von 2,5 MRD Euro die Budgetierung festgeschrieben!

### Editorial: Ein Danaergeschenk! (Fortsetzung)

Mit diesem Zugeständnis eines Punktwertes von 3,5 cent bei unverminderter Leistungsmenge ist für alle Zeiten die Glaubwürdigkeit einer sauberen Kalkulation und Preisfindung für ärztliche Tätigkeiten ad absurdum geführt worden. Da ist es fast schon unerheblich, dass im Weiteren noch mal ein 10prozentiger Abschlag (in den Ostländern 5%) auf die Berechnung der Leistungsmenge vereinbart wurde, die aber natürlich dennoch in vollem Umfang geleistet werden soll.

**Im Klartext: Die Ärzte bekommen ab 2009 eine höhere Gesamtvergütung, müssen dafür aber wesentlich mehr arbeiten (mit höheren Betriebskosten), da die zu erwirtschaftenden Leistungen um mehr als 30% abgewertet worden sind.**

Gerade für diejenigen Leistungen, die mit einem sehr hohen Anteil von Kosten (TL) verbunden sind und oft nur einen Honoraranteil für den Arzt (AL) von weniger als 30% haben, führt diese Abwertung zu einem Totalausfall für das ärztliche Einkommen. Toll!!

Wer jetzt glaubt, schlimmer könnte es nicht mehr kommen, sieht sich getäuscht. Während bisher nur die globalen Auswirkungen der Beschlüsse behandelt wurden, gibt es natürlich auch Auswirkungen auf die Verteilung unter und innerhalb der Fachgruppen. Bei der Ermittlung der arztindividuellen Regelleistungsvolumina wird zu-

nächst auf der Basis des Jahres 2007 das Volumen der angeforderten Punkte pro Arztgruppe ermittelt. Nicht etwa das gezahlte Geldvolumen oder die Menge der anerkannten und ausbezahlten Punkte!

Das führt dazu, dass Fachgruppen mit bisher hohen Punktwerten heruntergeregelt werden, umgekehrt Fachgruppen mit niedrigen Punktwerten höher eingestuft werden. Lediglich die bisherige Grenzziehung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung bleibt bestehen. Das mag man gerecht finden, leider bleiben die unterschiedlichen Anteile von TL und AL unberücksichtigt. Fachgruppen mit hohem Technikanteil geraten so in die Insolvenz, Innovation ist in der ambulanten Medizin nicht mehr möglich, die Verlagerung der hochspezialisierten Facharztmedizin in die Krankenhäuser ist vorprogrammiert. Das passt schließlich auch bestens in das Konzept der Ministerin, das, wie bekannt, inzwischen von der KBV in einem eigenen Papier nachgebetet wird.

Im Übrigen zieht sich das Prinzip der Nivellierung bei der Ermittlung des arztindividuellen RLV fort. Hier gibt es eine an Schlichtheit nur mit der Klinge der Guillotine zu vergleichende Regelung: Honorarmenge ab 2009 pro Arzt gleich eigene Fallzahl aus Vorjahresquartal mal Fallwert der Fachgruppe. Keine Rede von Berücksichtigung unterschiedlicher Spektren mit unterschiedlichem Aufwand, keine Rede von Differenzierung nach unterschiedlichen TL-Anteilen. Im

Prinzip handelt es sich um die Anwendung der Honorarbegrenzung auf Vorjahresquartale wie beim Jobsharing. Wer früher viel hatte, behält viel, wer aus welchen Gründen auch immer wenig hatte, bleibt arm. Wer hat so etwas wohl verhandelt? Da tröstet es wenig, wenn sehr große Praxen ebenfalls ohne Hinterfragung nach den Gründen hoher Patientenzahlen abgestaffelt werden.

Alle Überlegungen früherer Zeiten, die Honorarmenge des einzelnen Arztes an dessen maximaler zeitlicher Arbeitskapazität zu orientieren, indem man das RLV unter Berücksichtigung der AL-Anteile in der EBM-Kalkulation ermittelt, sind einer holzschnittartigen Zuteilung eines einheitlichen Arztgehaltes zum Opfer gefallen.

Was ist die Konsequenz? Wenn alle Ärzte mehr oder weniger das gleiche Geld bekommen, wird es zu einer Abwendung von kostenintensiven Leistungen hin zu einer Art Barfußmedizin kommen. Hochspezialisierte Facharztmedizin wird absterben, bzw. an die Kliniken zurückverlagert. Wenn das die Absicht war, so ist das Projekt tatsächlich gelungen.

Ganz wie beim trojanischen Pferd: Sieht hübsch aus, hat aber einen tödlichen Inhalt. Hütet Euch vor den Danaern, erst recht, wenn sie Geschenke geben (Vergil).

Dr. Jörg- A. Rüggeberg

### Kommentar zum Beschluss des erweiterten Bewertungsausschusses

Nachfolgend dokumentieren wir in Auszügen die einzelnen Beschlüsse und versuchen diese kommentierend zu erläutern. Der gesamte Beschlusstext liegt der Redaktion vor und kann ggf. zusätzlich angefordert werden. Angesichts des Umfangs der Beschlüsse werden an dieser Stelle nur die unmittelbar für den Vertragsarzt wirksamen Passagen erläutert. Auf die komplizierten Rechenformeln zur Ermittlung der Gesamtvergütung wird ebenso verzichtet wie auf die Fragen zukünftiger Veränderungsdaten bei Veränderung der Morbidität. Es werden die einzelnen Beschlüsse in der vorgegebenen Reihenfolge (A-H) nacheinander abgehandelt und ggf. Querverweise eingearbeitet.

Der Originaltext ist teilweise gekürzt, die Kommentare und Erläuterungen des Verfassers sind *kursiv* gedruckt.

Dr. J.-A. Rüggeberg

## Teil A: Beschluss 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

### 1. Ermittlung des Finanzvolumens

#### 1.1 Aufsatzzeitraum

Der Zeitraum des 1. bis 4. Quartals 2007 dient als Aufsatzzeitraum für die Ermittlung des Finanzvolumens nach § 87c Abs. 1 Satz 3 SGB V.

#### 1.2 Abgrenzung der Gesamtvergütung

Es ist von den nach § 85 Abs. 1 SGB V entrichteten Gesamtvergütungen auszugehen. Unberücksichtigt bleiben

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,
3. Belegärztliche (kurativ-stationäre) Leistungen (Leistungen des Kapitels 36, die Gebührenordnungspositionen 13311, 17370 und Geburtshilfe),
4. Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 sowie 04514, 04515, 04518 und 04520,
5. Leistungen der Abschnitte 1.7.1 bis 1.7.4,
6. Früherkennungsuntersuchung U 7a,
7. Hautkrebsscreening,
8. Durchführung von Vakuumanstanzbiopsien,
9. Strahlentherapie,
10. Phototherapeutische Keratektomie,
11. Leistungen der künstlichen Befruchtung.

**Kommentar:** Das Vergütungsvolumen des Jahres 2007 bildet die Grundlage. Davon abgezogen werden nicht nur (wie eigentlich selbstverständlich, da jetzt schon extrabudgetär) alle Vergütungen aus regionalen oder bundesweiten Sonderverträgen nach den §§ 73 und 140 sowie die Vergütungen aus DMP-Verträgen, sondern auch (siehe Punkte 3-11) zahlreiche weitere Leistungen. Manche davon (Hautkrebsscreening und U7a) sind auch erst später neu eingeführt worden, insofern ist die Herausnahme sinnvoll, bei anderen ist nicht ganz klar, warum deren Finanzvolumen zunächst unberücksichtigt bleibt. Das muss bedeuten, dass für diesen Leistungsbereich zusätzliche Verträge abgeschlossen werden müssen.

### 1.3 Weiterentwicklung der Gesamtvergütung 2007

#### 1.3.1 Weiterentwicklung der Grundlohnsummensteigerung

Die nach 1.1 und 1.2 angepassten Gesamtvergütungen werden um den Anstieg der Grundlohnsumme für 2008 erhöht. Der resultierende Betrag wird um den Anstieg der Grundlohnsumme für 2009 erhöht.

#### 1.3.2 Anpassungsfaktor

Zur Berücksichtigung der Stände der Gesamtverträge (insbesondere noch nicht für die Jahre 2007 und 2008 abgeschlossene Honorarvereinbarungen, noch nicht geleistete Nachzahlungen und Außenstände sowie über die Grundlohnsummensteigerung hinausgehende Honorarsteigerungen) erfolgt eine Anhebung der nach 1.3.1 ermittelten Gesamtvergütungen mit einem Anpassungsfaktor in Höhe von 2,0 vom Hundert.

**Kommentar:** Das Geldvolumen aus 2007 wird zweimal und zwar für die Zukunft sockelwirksam um den gesetzlichen Erhöhungsbetrag für 2008 und 2009 angepasst. Außerdem wird dieses Volumen nochmals um 2% gesteigert. Also zunächst weitere Verbesserung!

## 2. Ermittlung der Leistungsmenge

### 2.1 Aufsatzzeitraum

Ausgangsbasis für die Ermittlung der Leistungsmenge sind die im 1. bis 4. Quartal 2007 abgerechneten Leistungen gemäß der vom Bewertungsausschuss beschlossenen Satzart ARZTRG87c1.

### 2.2 Festlegung der Leistungsmenge nach Wertstellung

Grundlage ist die sachlich-rechnerisch anerkannte Leistungsmenge unter Anwendung honorarwirksamer Begrenzungsregelungen. Die Ermittlung der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen (HVV-Quote) erfolgt auf der Grundlage der Datenlieferungen gemäß der 154. Sitzung des Bewertungsausschusses. Die HVV-Quote beträgt 0,9059.

**Kommentar:** Die Leistungen des Jahres 2007 werden generell um knapp 10% gestrichen. Der verbleibende Rest ist dann die Grundlage für das in Zukunft zu erbringende Leistungsvolumen.

## 2.3 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

Zu berücksichtigen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten. Die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten sind .... in Punktzahlen umzurechnen. Dieser Punktwert beträgt 3,4836 Cent. Nicht einzubeziehen sind die gemäß 1.2 bei der Ermittlung der Gesamtvergütung ausgeschlossenen Leistungen.

## 2.4 Ermittlung des Anpassungsfaktors zur Anpassung des Leistungsbedarfs für besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Der bei der Ermittlung des Orientierungswertes berücksichtigte auf Basis des Leistungsbedarfs des 1. bis 4. Quartals 2007 anzuwendende Anpassungsfaktor wird für nachfolgende Leistungen wie folgt festgelegt:

1. Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten	1,3201
2. Akupunktur	1,1714
3. Polysomnographie	1,2043
4. MRT-Angiographie	1,1687
5. Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie gem. Abschnitt 35.2	1,2923

*Kommentar:* Unter Anwendung der diversen Korrekturfaktoren ergibt sich eine Gesamtsumme an Punkten für das Aufsatzjahr 2007 als Basis für die Ermittlung des Orientierungspunktwertes.

## 3. Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge

Die unter 2. bestimmte Leistungsmenge wird hinsichtlich der Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) auf die von den Ärzten abgerechnete Leistungsmenge angepasst. Der ermittelte mittlere Zuwachs beträgt 9,70 Prozent. Um diese Veränderungsrate ist die unter 2. bestimmte Leistungsmenge zu erhöhen. Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung im Jahre 2008 und zu den Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM werden bei der Festlegung des Orientierungswertes für das Jahr 2010 berücksichtigt.

## 4. Festlegung des erstmaligen Orientierungswertes

Der erstmalige Orientierungswert bestimmt sich als Quotient des nach 1. ermittelten Finanzvolumens und der nach Maßgabe von 2. und 3. ermittelten Leistungsmenge. Der Orientierungswert wird für das Jahr 2009 in Höhe von 3,5058 Cent festgelegt.

*Kommentar:* Das ist die Passage, in der die 2,5 Milliarden Euro versteckt sind. Es wird zunächst das Finanzvolumen aus 2007 in Relation zur Leistungsmenge gesetzt (nach diversen Korrekturen, wie oben aufgeführt). Dann gibt es einen „Preis“ für jede Leistung. Nimmt man die bisherige Gesamtvergütung und schlägt 2,5 Milliarden dazu, kommt man auf den bundeseinheitlichen Punktwert 3,5058 Cent.

## Teil B Beschluss gemäß § 87c Abs. 4 Satz 6 SGB V eines Verfahrens zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung für das Jahr 2009

### 1. Ermittlung der Leistungsmenge

#### 1.1 Aufsatzzeitraum

Ausgangsbasis für die Ermittlung der im Jahre 2008 erbrachten Menge vertragsärztlicher Leistungen sind die im Zeitraum des 1. bis 4. Quartals 2007 abgerechneten Leistungen ...

#### 1.2 Festlegungen der Leistungsmenge nach Wertstellung

Grundlage ist die je Krankenkasse für die nach dem Wohnortprinzip je KV-Bereich zuzuordnenden Versicherten erbrachte und sachlich-rechnerisch anerkannte Menge vertragsärztlicher Leistungen. Die Auswirkungen der honorarwirksamen Begrenzungsregelungen werden wie folgt berücksichtigt:

Die je Versicherten mit Wohnsitz in den alten Bundesländern und Kasse abgerechnete Leistungsmenge wird mit der vom Erweiterten Bewertungsausschuss ermittelten Honorarverteilungsquote in Höhe von 0,9059 multipliziert. Für die Versicherten mit Wohnsitz in den neuen Bundesländern beträgt die Honorarverteilungsquote 0,9544.

Das Institut des Bewertungsausschusses wird beauftragt, durch geeignete Verfahren der Plausibilisierung und des Summenabgleichs die Übereinstimmung der Leistungsmengen zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs im Gesamtergebnis mit den Leistungsmengen zur Ermittlung des Orientierungswertes zu überprüfen ....

#### 1.3 Festlegung der Leistungsmenge nach Inhalt

Einzubeziehen sind alle Punktzahlleistungen des EBM und die in Euro vergüteten Leistungen und Kosten. Die in Euro vergüteten Kostenpauschalen der Kapitel 32 und 40 des EBM werden mit dem von den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V in Punktzahlen umgerechnet.

Nicht einzubeziehen sind:

1. Leistungen gemäß Punkt 1.2 in Beschluss Teil A
2. die Substitutionsbehandlung.

**Kommentar:** Im Wesentlichen Wiederholung des Verfahrens, diesmal für die Ermittlung des Finanzbedarfs für die einzelnen Kassen. Hier findet sich eine Unterscheidung zwischen Ost- und Westländern, die im Ergebnis dazu führt, dass in den Ostländern 95% des bisherigen Leistungsvolumens, in den Westländern aber nur 90% Leistungen für das gleiche Geld erbracht werden müssen.

#### 1.4 Bereinigung bei Abschluss von Selektivverträgen

Der Bewertungsausschuss wird bis zum 15. Oktober 2008 ein geeignetes Verfahren zur Ermittlung des zu bereinigenden Betrages je Versichertem, der einem Selektivvertrag beitrifft, beschließen.

**Kommentar:** Das wird noch spannend werden, wenn in Zukunft nach dem Muster Baden-Württemberg große Teile des über die Gesamtvergütung finanzierten Leistungen über Einzelverträge ausgegliedert werden.

#### 2. Auswirkungen von Punktzahländerungen im EBM

Die unter 1. bestimmte Leistungsmenge wird um die Veränderungsrate erhöht, die der Bewertungsausschuss in Beschlussteil A zur Ermittlung des Orientierungswertes zur Berücksichtigung der Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM festgelegt hat. Für die Leistungen gemäß Beschluss Teil A, 2.4, gilt darüber hinaus der jeweils dort festgestellte Anpassungsfaktor.

**Kommentar:** Das sind die vereinbarten 9,7% sowie die für einzelne Leistungen geltenden Steigerungen.

#### 3. Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten

Die je Krankenkasse gemäß 1. und 2. ermittelte Leistungsmenge dividiert durch die Anzahl der Versicherten der Krankenkasse im Jahr 2007 (....) stellen den für 2009 zugrunde zu legenden Behandlungsbedarf je Versicherten nach § 87c Abs. 4 SGB V dar.

#### 4. Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge 2009

Für jede Krankenkasse ist die im Jahr 2008 voraussichtlich erbrachte Menge der vertragsärztlichen Leistungen je Versicherten der jeweiligen Krankenkasse um eine bundesdurchschnittliche Veränderungsrate der morbiditätsbedingten Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2009 gegenüber dem Vorjahr anzupassen. Diese wird mit 5,1 % festgesetzt.

#### 5. Berechnung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs je Versicherten der Krankenkasse gemäß 4. und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse sowie dem nach den Vorgaben des Bewertungsausschusses vereinbarten Punktwert gemäß § 87c Abs. 3 SGB V. Fehlschätzungen zur Mengenentwicklung im Jahre 2008 und zu den Auswirkungen des zum 01. Januar 2008 in Kraft getretenen EBM werden bei der Festlegung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung im Jahr 2010 berücksichtigt.

**Kommentar:** Festlegung der aktuellen Morbidität, auf deren Basis ggf. später Anpassungen vorgenommen werden. Übrigens nur noch auf dieser Basis. Eine Berücksichtigung der Ausgabensteigerung ist nicht vorgesehen! Die Koppelung an die Lohnquote ist abgeschafft. Statt dessen gibt es eine jährliche Steigerung von 5,1%. Aus dem Beschluss lässt sich nicht ablesen, ob diese Steigerungsrate jedes Jahr neu zur Anwendung kommt oder sich nur auf 2009 bezieht.

Es folgt an dieser Stelle eine komplizierte Berechnungsformel für das von der einzelnen Kasse zu zahlende Geld an die jeweilige KV, auf deren Abdruck wir verzichten.

#### Teil C Beschluss gemäß § 87 Abs. 2f SGB V in Verbindung mit § 87c Abs. 2 SGB V zur Festlegung von Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur

Nicht abgedruckt

**Kommentar:** Um es kurz zu machen: Es wird keine regionalen Abweichungen geben, weil der Bewertungsausschuss die Existenz von Indikatoren verneint, obwohl dies im Gesetz gefordert wird. Die oben festgelegten Parameter sind bundeseinheitlich ohne KV-spezifische Varianten anzuwenden. Das wird zu erheblichen Verwerfungen in der Vergütung führen und hat seitens der KBV zu einer Hochrechnung geführt, die für die einzelnen KV-Bereiche extrem differente Ergebnisse ausweist. Die Hochrechnung lesen Sie auf der folgenden Seite:

### Simulationsberechnung der KBV zu den voraussichtlichen Honoraren

KV	Simulation 2009	Veränderung gegenüber 2007	
	In Mio. Euro	In Mio. Euro	prozentual
Bayern.	4.924,6	312,5	6,8
Baden-Württemberg	3.747,0	53,7	1,5
Berlin	1.285,5	124,2	10,7
Brandenburg	861,3	104,7	13,8
Bremen	312,1	22,4	7,7
Hamburg	676,3	45,9	7,3
Hessen	2.207,1	191,6	9,5
Mecklenburg-Vorpommern	669,7	99,5	17,5
Niedersachsen	2.882,4	358,3	14,2
Nordrhein	3.131,1	109,6	3,6
Rheinland-Pfalz	1.329,2	72,2	5,7
Saarland	357,2	36,4	11,3
Sachsen	1.496,9	216,3	16,9
Sachsen-Anhalt	832,4	122,2	17,2
Schleswig-Holstein	943,5	35,1	3,9
Thüringen	765,7	136,2	21,6
Westfalen-Lippe	3.259,1	262,4	8,8
Gesamt	29.681,1	2.303,3	8,4
West	25.055,1	1.624,3	6,9
Ost	4.626,0	679,0	17,2

#### Teil D Beschluss gemäß § 87 Abs. 2c SGB V zur Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Nicht abgedruckt

*An dieser Stelle wird zunächst die geltende Regelung aus dem Jahr 2004 aufgehoben. An anderer Stelle wird dann eine neue Systematik zeitbezogener Kapazitätsgrenzen eingeführt.*

#### Teil E Beschluss gemäß § 87a Abs. 5 Satz 1 Nr. 1 SGB V eines Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 3 Satz 4 SGB V

##### 1. Grundsatz

Zur Ermittlung des nicht vorhersehbaren Anstiegs der Morbiditätsstruktur werden HCC-Gruppen des Patientenklassifikationssystems für die ärztliche Vergütung, in denen ICD-Gruppen enthalten sind, die akute Infektionen repräsentieren und die damit nur schwer vorhersehbar sind, herangezogen. Wird für diese ein deutlich überproportionaler Anstieg der Häufigkeit festgestellt, gilt dies als unvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes; näheres ist in Ziffer 2 geregelt. Zudem gelten Ausnahmeereignisse (z. B. Ausbruch von Epidemien oder von Naturkatastrophen) als unvorhersehbarer Anstieg des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes; näheres ist in Ziffer 3 geregelt.

**Kommentar:** Die stets als oberstes Ziel genannte Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Kassen ist durch die obige Beschlussfassung zur Farce geworden. Es gibt nämlich vereinbarungsgemäß keine Erhöhung der Morbidität mit Ausnahme von Naturkatastrophen oder Epidemien (beides in Deutschland ziemlich unbekannt). Ein erhöhter Behandlungsbedarf z.B. als Folge des medizinischen Fortschrittes ist danach kein Grund, die Gesamtvergütung zu erhöhen. Damit wird es auch keine Erhöhung der einmal vereinbarten Vergütung geben, es sei denn durch neue Verhandlungen. Die Übernahme des Morbiditätsrisikos auf die Kassen war immer die zentrale Forderung gewesen, was jetzt bleibt, ist wie vorher auch schlicht ein Budget unter anderem Namen. **Das Ziel der Honorarreform ist damit grandios verfehlt worden.**

Es folgen ergänzende Beschlüsse, wie mit den letztlich nicht zu erwartenden Veränderungen der Morbidität rechnerisch umgegangen werden soll. Auf den Abdruck wird verzichtet.

## **Teil F Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 1 SGB V zur Berechnung und zur Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

### **1. Grundsatz der Vergütung der Ärzte**

#### **1.1 Vergütung für vertragsärztliche Leistungen**

Die Vergütung der Ärzte erfolgt grundsätzlich auf der Basis der gemäß § 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen regionalen Euro-Gebührenordnung. Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit wird je Quartal eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen (RLV)), die mit den in der Euro-Gebührenordnung gemäß § 87a Abs. 2 SGB V enthaltenen Preisen zu vergüten ist.

Der abgestaffelte Preis für die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungen ergibt sich aus der Multiplikation der im zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen Einheitlichen Bewertungsmaßstab ausgewiesenen Punktzahlen mit einem Punktwert, der quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem gemäß Anlage 2 Nr. 2 abgezogenen Vergütungsvolumen für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen und dem die Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs ermittelt wird.

***Kommentar:** Es gibt ein RLV mit festem Preis auf Basis 3,5058 Cent und darüber einen extrem abgestaffelten Restpunktwert, der kaum noch messbar sein dürfte. Das dafür zur Verfügung stehende Volumen beträgt vier Prozent des jeweiligen Anteils an der Gesamtvergütung. Da das RLV eine Höchstmenge an Geld beschreibt, müssen in Zukunft auch entsprechend viele Leistungen zu dem Rabattpreis von 3,5 erbracht werden, um die Summe überhaupt zu erreichen.*

#### **1.2 Bezugsgrößen der Regelleistungsvolumen**

##### **1.2.1 Quartalsbezug**

Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. für das jeweilige Abrechnungsquartal ermittelt.

##### **1.2.2 Arztbezogene Ermittlung**

Die Regelleistungsvolumen werden nach Maßgabe von 2. und 3. je Arzt ermittelt. Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teilberufsausübungsgemeinschaften tätig sind, wird ein gesamtes Regelleistungsvolumen für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teilberufsausübungsgemeinschaft(en) erbrachten Leistungen ermittelt.

***Kommentar:** Das dürfte im konkreten Einzelfall schwierig sein.*

##### **1.2.3 Tätigkeitsumfang eines Arztes**

Bei der Ermittlung des Regelleistungsvolumens eines Arztes ist der Umfang seiner Tätigkeit lt. Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen.

##### **1.2.4 Arztpraxisbezogene Zuweisung der Regelleistungsvolumen und Abrechnung**

Die Zuweisung der Regelleistungsvolumen erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis aus der Addition der Regelleistungsvolumen je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Dem einer Arztpraxis zugewiesenen Regelleistungsvolumen steht die in der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge gegenüber. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teilberufsausübungsgemeinschaften erbracht werden. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Zuweisung der Regelleistungsvolumen zu Berufsausübungsgemeinschaften überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

***Kommentar:** Im Prinzip könnten die Gesamtleistungen einer größeren Gemeinschaft summiert werden, auch wenn einzelne Partner ggf. nicht voll im Einsatz sind. Diese Regelung wird aber relativiert durch die unverändert gültige Kennzeichnungspflicht jeder Leistung bezüglich Arztnummer und Praxisnummer.*

## **2. Umfang des von den Regelleistungsvolumen umfassten Teils der vertragsärztlichen Vergütung**

### **2.1 Ärzte und Arztgruppen**

Regelleistungsvolumen kommen für Ärzte der in Anlage 1 genannten Arztgruppen zur Anwendung. Ermächtigte Krankenhausärzte sowie ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen erhalten grundsätzlich ein Regelleistungsvolumen nach dem mit der Ermächtigung begründeten Versorgungsauftrag, es sei denn, die Ermächtigung ist auf wenige Einzelleistungen begrenzt.

***Kommentar:** Für praktisch alle Arztgruppen gibt es fachgruppenspezifische Durchschnitte, nicht jedoch für Ermächtigte und die weiteren oben genannten Gruppen!*

## Hier der oben genannte Anhang 1 mit der Auflistung der RLV-relevanten Arztgruppen:

1. Für nachfolgende Arztgruppen werden Regelleistungsvolumen ... ermittelt und festgesetzt.
2. Die Partner der Gesamtverträge können Modifikationen (z. B. Differenzierungen oder Zusammenfassungen) von relevanten Arztgruppen vereinbaren.
3. Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit (Versorgungs-)Schwerpunkt können durch die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprechenden Arztgruppen zugeordnet werden.
4. Für Regelleistungsvolumen relevante Arztgruppen:
  - Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören
  - Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin
  - Fachärzte für Anästhesiologie
  - Fachärzte für Augenheilkunde
  - Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie
  - Fachärzte für Frauenheilkunde
  - Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
  - Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde
  - Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten
  - Fachärzte für Humangenetik
  - Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie und invasiver Tätigkeit
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie und invasiver Tätigkeit
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie
  - Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie
  - Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
  - Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
  - Fachärzte für Nervenheilkunde
  - Fachärzte für Neurologie
  - Fachärzte für Nuklearmedizin
  - Fachärzte für Orthopädie
  - Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie
  - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von höchstens 30 %
  - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie mit einem Anteil an Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie im Vorjahresquartal von mehr als 30 %
  - Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT
  - Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT
  - Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von MRT
  - Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT
  - Fachärzte für Urologie
  - Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin
  - Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung

**Kommentar:** nicht unter die Bedingungen eines RLV fallen demnach Pathologen, Laborärzte und Strahlentherapeuten. Bei Gynäkologen, Internisten und Radiologen gibt es Untergruppen, die nur zum Teil den bisherigen Untertöpfen in den einzelnen Kven entsprechen. Andere Fachgruppen mit durchaus sehr unterschiedlichen Leistungsspektren werden in einer Gruppe zusammengefasst, was für die spätere Berechnung des individuellen RLV von entscheidender Bedeutung ist. Psychiater und Psychotherapeuten bilden zwei Gruppen je nach Anteil der Richtlinienpsychotherapie.

## 2.2 Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die dem Regelleistungsvolumen nicht unterliegen

Die Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nach Nr. 1.3 in Beschluss Teil B, nach Anlage 2 Nr. 2 in Beschluss Teil F sowie Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen, die sich aus Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge nach § 87a Abs. 3 Satz 5 SGB V oder § 87b Abs. 2 Satz 7 SGB V ergeben, unterliegen nicht dem Regelleistungsvolumen.

**Kommentar:** Nach welchen Kriterien diese Leistungen dann bezahlt werden, ist nicht klar.

### 2.3 Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle

Für Regelleistungsvolumen relevante Fälle sind kurativ-ambulante Arzt- und Behandlungsfälle gemäß § 21 Abs. 1, Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2 BMV-Ä bzw. § 25 Abs. 1, Abs. 1b Satz und Abs. 2 EKV, ausgenommen Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung) und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die gemäß 2.2 nicht dem Regelleistungsvolumen unterliegen, abgerechnet werden.

**Kommentar:** Die übliche Festlegung eines kurativ-ambulanten Scheins so wie immer.

## 3. Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen

### 3.1 Bestimmung des Anteils der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Bildung von Regelleistungsvolumen

Gemäß § 87b Abs. 3 Satz 2 Nr. 1 SGB V stellt die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung gemäß Beschluss Teil B, 5. die Grundlage für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen dar. Für die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen ist die vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- unter Berücksichtigung der zu erwartenden Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V sowie
- unter Abzug der gemäß Beschluss Teil G gebildeten Rückstellungen
- unter Abzug der Vergütung für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen des Abschnitts 35.2 (erhöhtes Volumen gemäß Beschluss Teil D) anzupassen.

Die so angepasste vorhersehbare morbiditätsbedingte Gesamtvergütung wird im Folgenden als RLV-Vergütungsvolumen (RLVVG) verwendet.

**Kommentar:** In dieser Passage wird die durch die vorhergehenden Passagen anfangs festgesetzte Höhe der Gesamtvergütung erst einmal gekürzt, um den Kven genügend Spielgeld für den Fremdzahlungsausgleich sowie für Rücklagen etc. zu geben. Was nach dem schon heute eher undurchsichtigen Vorwegabzug dann übrig bleibt, wird zur Verteilung freigesetzt.

### 3.2 Ermittlung der Regelleistungsvolumen je Arzt

#### 3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FWAG) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 wird für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wie folgt 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.

**Kommentar:** Hier wird in dürren Worten das Fallbeil geschwungen! Jeder Arzt wird in seiner Anforderung begrenzt auf die schlichte Formel: eigene Fälle des Vorjahresquartals mal Fallwert der Fachgruppe. Diese Formel berücksichtigt in keinster Weise irgendwelche Praxisbesonderheiten, spezielle Tätigkeiten oder spezifische unterschiedliche Kosten. Das wird zu einer massiven Verschiebung von Honoraren innerhalb einer Fachgruppe führen müssen, zumal zusätzlich noch scheinzahlstarke Praxen in der obigen Systematik ausnahmslos abgestaffelt werden.

## Anlage 2 mit den Berechnungsvorgaben für die RLV:

### 1. Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (VRLVVB)

$$VRLV_{VB} = \frac{VG_{VB}}{VG} * RLV_{VG}$$

**VG:** Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen aller Arztgruppen

**VG<sub>VB</sub>:** Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM<sub>2008</sub>-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

**VB:** hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

**RLV<sub>VG</sub>:** RLV-Vergütungsvolumen gemäß 3.1

### 2. Berechnung des RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs (RLVVB)

a. Das RLV-Vergütungsvolumen des hausärztlichen Versorgungsbereich (hier nicht abgedruckt)

b. Das RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs wird ermittelt aus dem vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß 1. unter Abzug

- von 4 % des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumen des fachärztlichen Versorgungsbereichs für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- der zu erwartenden Zahlungen für Neupraxen,
- zu erwartender Zahlungen für ermächtigte Krankenhausärzte, ermächtigte Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die gemäß 2.1 kein Regelleistungsvolumen erhalten,
- der zu erwartenden Zahlungen für nicht in Anlage 1 genannten Arztgruppen,
- der Vergütungen des Jahres 2007 für folgende Leistungen:
  - Besondere Inanspruchnahme (GOP 01100 bis 01102)
  - Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall (GOP 01210 bis 01222)
  - Dringende Besuche (GOP 01411, 01412, 01415)
  - Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (GOP 01510 bis 01531)
  - Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen (GOP 10320 bis 10324)
  - 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
  - Diagnostische Radiologie (GOP 34210 bis 34297), soweit nicht durch Fachärzte für Diagnostische Radiologie erbracht
  - MRT-Angiographie des Abschnitts 34.7
  - Kostenpauschalen des Kapitels 40

**Kommentar:** Zunächst einmal wird die Vergütung um vier Prozent gekürzt, um damit Leistungen oberhalb der Kappungsgrenzen der RLV zu bezahlen. Das geschieht aber fachübergreifend und kann somit zu relativen Verlusten einzelner Fachgruppen führen. Dann wird Geld aus dem Gesamttopf entnommen für Ermächtigte, Pathologen, Laborärzte, Strahlentherapeuten und Einrichtungen in einer geschätzten Höhe ohne konkrete Vorgaben. Ebenfalls wird eine lange Liste weiterer Leistungen aus der zunächst einmal für die gesamte Leistungsbreite berechneten Gesamtvergütung herausgerechnet. Bei einem kurzen Blick auf diese Leistungen sieht man schnell, dass diese in der Inanspruchnahme durch die einzelnen Fachgruppen massive Unterschiede aufweisen (z.B. Teilradiologie). Nach welchen Kriterien diese Leistungen dann wieder eingerechnet werden, bleibt völlig unklar, so dass man davon ausgehen darf, dass sie gar nicht wieder auftauchen. Allerdings bleibt ebenso unklar, wo das Geldvolumen dieser herausgerechneten Leistungen im Endergebnis bleibt.

### 3.2.2 Berücksichtigung der Morbidität

Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass das Kriterium Geschlecht sich nicht zur Abbildung der Morbidität eignet, da das abgerechnete Volumen durch dieses Kriterium nicht signifikant beeinflusst wird. Zur Berücksichtigung des Morbiditätskriteriums Alter ist das RLV gemäß 3.2.1 unter Berücksichtigung der Versicherten nach Altersklassen gemäß Anlage 2 zu ermitteln.

**Kommentar:** In der hier nicht abgedruckten Anlage zwei gibt es noch weitere komplizierte Formeln zur Berechnung der RLV. Dazu gehört auch eine zukünftige Gewichtung nach Altersklassen, die so funktioniert, dass der durchschnittliche Leistungsbedarf für die drei im EBM in der Grundpauschale vorgesehenen Altersgruppen ermittelt wird. Das arztindividuelle RLV wird dann wiederum so berechnet, dass die jeweilige Zahl der Scheine aus den drei Altersgruppen mit dem jeweils zugehörigen Fallwert multipliziert wird. Das bedeutet, dass es je nach Altersstruktur der Patienten für die Ärzte einer Fachgruppe unterschiedliche RLV geben wird.

### 3.3 Unvorhersehbarer Anstieg der Morbidität

Nachzahlungen von Krankenkassen aufgrund des in Beschluss Teil E festgelegten Verfahrens zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nach § 87a Abs. 4 Satz 4 SGB V führen zu Nachzahlungen im Rahmen der Honorarbescheidung der Abrechnungsquartale nach den angeforderten Leistungen.

**Kommentar:** Nachzahlungen wird es nicht geben, weil es keine Morbiditätsanstieg gibt.

### 3.4 Kriterien zur Ausnahme von der Abstufung

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro- Gebührenordnung vergütet werden. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

- Bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat. Hierzu zählt z. B. Krankheit des Arztes.

**Kommentar:** Das ist eine Beruhigungsspielle, da hier zwar ein Antrag gestellt werden kann, dieser aber von der KV genehmigt werden muss. Angesichts nach wie vor nicht ausreichend vorhandener Finanzmittel wird keine KV hier irgendwelche Geschenke zu verteilen haben. Im Übrigen entspricht der letzte Satz exakt den Formulierungen beim Job-sharing-Verfahren, und in der Tat ist das neue RLV die exakte Festschreibung auf den jeweiligen Umsatz des Vorjahresquartals.

### 3.5 Regelleistungsvolumen bei Neuzulassung und Umwandlung der Kooperationsform

Die Partner der Gesamtverträge beschließen für Neuzulassungen von Vertragsärzten und Umwandlung der Kooperationsform Anfangs- und Übergangsregelungen. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Sofern nichts entsprechend Anderes vereinbart wurde, gilt für Ärzte, die im Aufsatzzeitraum noch nicht niedergelassen waren (Neupraxen), das arztgruppendurchschnittliche Regelleistungsvolumen für das jeweilige Quartal.

### 3.6 Praxisbesonderheiten

Die Praxisbesonderheiten werden zwischen den Partnern der Gesamtverträge geregelt. Praxisbesonderheiten ergeben sich aus einem besonderen Versorgungsauftrag oder einer besonderen, für die Versorgung bedeutsamen fachlichen Spezialisierung, wenn zusätzlich eine aus den Praxisbesonderheiten resultierende Überschreitung des durchschnittlichen Fallwertes der Arztgruppe von mindestens 30% vorliegt. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge. Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen seiner Vorgaben hinsichtlich der Berücksichtigung von Praxisbesonderheiten überprüfen und die Vorgaben mit Wirkung zum 01. Januar 2010 ggf. anpassen.

**Kommentar:** Allgemeine Floskel ohne konkrete Ausgestaltung. Ob es tatsächlich zu einer Anerkennung von Besonderheiten kommt, bleibt in der Gnade der regionalen KV und der dort verhandelnden Kassen.

### 3.7 Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten

Verringert sich das Honorar einer Arztpraxis um mehr als 15 % gegenüber dem Vorjahresquartal, können die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich befristete Ausgleichszahlungen an die Arztpraxis leisten, sofern die Honorarminderung mit der Umstellung der Mengensteuerung auf die neue Systematik oder dadurch begründet ist, dass die Partner der Gesamtverträge bisherige Regelungen zu den sogenannten extrabudgetären Leistungen, Leistungsarten und Kostenerstattungen nicht fortgeführt haben. Über das Verfahren der Umsetzung einigen sich die Partner der Gesamtverträge.

*Kommentar: Es handelt sich um eine Kann-Regelung, die keinesfalls verbindliche Vorgaben enthält.*

### Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

#### 4.1 Anwendungsbereich

Abweichend von den Regelungen für Arztgruppen gemäß Anlage 1 werden für

- Psychologische Psychotherapeuten
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie
- andere ausschließlich psychotherapeutisch tätige Vertragsärzte gemäß den Kriterien der Bedarfsplanungsrichtlinien

zeitbezogene Kapazitätsgrenzen je Quartal durch die Kassenärztlichen Vereinigungen jedem Arzt zugewiesen, um eine übermäßige Ausdehnung der psychotherapeutischen Tätigkeit zu verhindern.

Überschreitet die abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung die gemäß 4.2 ermittelte zeitbezogene Kapazitätsgrenze je Arzt, so werden diese Leistungen maximal bis zur 1,5-fachen zeitbezogenen Kapazitätsgrenze mit den abgestaffelten Preisen nach 1.1 vergütet.

#### 4.2 Ermittlung und Festsetzung der Kapazitätsgrenzen

##### 4.2.1 Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen werden je Arzt 27.090 Minuten je Abrechnungsquartal festgelegt.

##### 4.2.2 Nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen

Als Anteil der zeitbezogenen Kapazitätsgrenze für die nicht antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der in 4.1 genannten Arztgruppen wird die arztgruppenspezifische, durchschnittlich abgerechnete ärztliche bzw. therapeutische Zuwendungszeit je Arzt gemessen nach den Prüfzeiten der Leistungen des Anhangs 3 zum Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) in der gültigen Fassung ermittelt.

##### 4.2.3 Zeitbezogene Kapazitätsgrenzen

Je Arzt bzw. Psychotherapeut der in 4.1 genannten Arztgruppen ergibt sich die zeitbezogene Kapazitätsgrenze aus der Addition der Werte in 4.2.1 und 4.2.2.

*Kommentar: obige Regelungen legen für Ärzte, die Psychotherapie anbieten, eine andere Form des RLV fest. Hier wird ausschließlich auf die ärztliche Zuwendungszeit abgehoben, so wie es eigentlich für alle anderen Leistungsbereiche auch gelten sollte.*

### 5. Bereinigung des Regelleistungsvolumens bei Selektivverträgen

Die Partner der Gesamtverträge können die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen kassen- oder kassenartenbezogen durchführen, wenn eine Krankenkasse oder die gesamte Kassenart Verträge gemäß §§ 73b, 73c oder 140a ff. SGB V abgeschlossen hat. Die Ermittlung und Festsetzung der Regelleistungsvolumen erfolgt dann je Arzt getrennt für die beteiligte Arztgruppe und beteiligte Kasse bzw. Kassenart. Für die übrigen Krankenkassen werden arztgruppenspezifische Regelleistungsvolumen gemeinsam und einheitlich je Arzt ermittelt und festgesetzt.

Kommt eine Einigung zwischen den Partnern der Gesamtverträge gemäß Satz 1 nicht zu Stande, sind im Fall von Verträgen nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V die Regelleistungsvolumen der teilnehmenden Ärzte praxisindividuell um die mit der Zahl der Versicherten und dem jeweiligen Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Abs. 3 bzw. mit den jeweiligen Versorgungsaufträgen nach § 73 c Abs. 3 und § 140 a SGB V verbundenen einzelvertraglichen Leistungen zu vermindern. Das Institut gem. § 87 Abs. 3b SGB V wird beauftragt, bis zum 30. September 2008 einen Vorschlag für die erforderlichen Berechnungsgrundlagen zu entwickeln.

*Kommentar: Das ist eine klare Strafandrohung für diejenigen, die eigenen Verträgen außerhalb der KV beitreten. Wenn es nicht einvernehmlich gelingt, entsprechende Bereinigungen durchzuführen, dann werden die Fälle, die ggf. auch nur teilweise Leistungen außerhalb der Budgets vereinbaren, seitens der KV um die entsprechenden Inhalte gekürzt.*

## 6. Weiterentwicklung der Regelleistungsvolumen

Der Bewertungsausschuss wird die Auswirkungen des mit Wirkung zum 01. Januar 2009 erstmalig vorgegebenen Verfahrens zur Berechnung und zur Anpassung der Regelleistungsvolumen überprüfen und ggf. weitergehende Beschlüsse fassen. Dabei berücksichtigt der Bewertungsausschuss insbesondere

- die Entwicklung der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung und die Auswirkung der gesetzlichen Vorgabe zur Anerkennung der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung am Ort der Leistungserbringung sowie
- die Einführung der Punktwerte bei Unter- und Überversorgung ab dem 01. Januar 2010 ...

## Teil G Beschluss gemäß § 87b Abs. 4 Satz 2 SGB V zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen nach § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V

1. Von der Summe der für den Bezirk einer Kassenärztlichen Vereinigung insgesamt vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen werden Anteile für die Bildung von Rückstellungen verwendet:

- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten,
- für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen),
- zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten,
- für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
- zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge gemäß Beschluss Teil F Anlage 2 Nr. 2.

2. Die Partner der Gesamtverträge stellen gemeinsam bis zum 15. November 2008 ... die Summe der Rückstellungen nach Nr. 1 für das Jahr 2009 fest.

3. Die Bildung der Rückstellungen und ihre Auflösung bzw. Rückführung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Ersatzkassen ....

4. Eine Über- oder Unterdeckung wird im Folgequartal berücksichtigt.

**Kommentar:** bundeseinheitliche Vorgabe für die bislang von den KVen eigenständig vorgenommenen so genannten Vorwegabzüge

## Teil H Beschluss gemäß § 87 Abs. 2 SGB V zur Festlegung eines Verfahrens zur Anpassung von Leistungsbewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM)

1. Der Bewertungsausschuss wird mit Wirkung zum 01. Januar 2009 für die Leistungen gemäß 1.2, Nrn. 3 bis 10, Beschluss Teil A Anpassungen der Leistungsbewertung wie folgt beschließen:

Die derzeit gültigen Leistungsbewertungen in Punkten der Leistungen gemäß 1.2, Nrn. 3 bis 10, Beschluss Teil A werden neu festgelegt. Die Festlegung ergibt sich aus der Multiplikation eines Faktors mit den jeweils gültigen Leistungsbewertungen. Der Faktor ergibt sich aus der Division des nachfolgenden Auszahlungspunktwertes durch den Orientierungswert gemäß 4. in Beschluss Teil A.

Für die Leistungen gemäß 1.2, Nr. 3, Beschluss Teil A wird der höchste Auszahlungspunktwert des Jahres 2007 für diese Leistungen derjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen herangezogen, die diesbezüglich das unterste Terzil aus allen Kassenärztlichen Vereinigungen bilden. Für die Leistungen gemäß 1.2, Nr. 4, Beschluss Teil A wird dasselbe Verfahren angewandt.

**Kommentar:** Belegärztliche Leistungen und Ambulante Operationen, sofern bestehende Strukturverträge nicht weitergeführt werden, werden zukünftig bundeseinheitlich vergütet und zwar zu dem Punktwert der fünf schlechtesten, je nach Interpretation ggf. auch der sechschlechtesten KV. (Die beste von dem schlechtesten Drittel)

Für die Leistungen gemäß 1.2, Nrn. 5 bis 10, Beschluss Teil A wird jeweils der bundesdurchschnittliche Auszahlungspunktwert des Jahres 2007 herangezogen.

2. Die Leistungen gemäß 2.4, Nrn. 1 bis 4, Beschluss Teil A werden mit dem jeweils dort aufgeführten Faktor höher bewertet.

3. Die Neufestlegung dieser Leistungsbewertungen erfolgt unter Erhalt der derzeitigen Bewertungsgrundlagen und verändert nicht die Prüfzeiten gemäß Anhang 3 des EBM. Dies gilt auch für die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2.

4. Der Erweiterte Bewertungsausschuss stellt fest, dass die Inhalte der für diese Leistungen bisher gültigen Bundesempfehlungen nach § 86 SGB V durch die Partner der Gesamtverträge fortgeführt werden.

5. Den Partnern der Gesamtverträge wird empfohlen, die Höhe der nach der Neubewertung dieser Leistungen zu zahlenden Vergütung auch unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu überprüfen und festzustellen, ob zur Sicherung einer angemessenen Vergütung ergänzende Regelungen erforderlich sind. Hierfür können leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert vereinbart werden.

**Kommentar:** Demnach werden einzelne EBM-Leistungsbereiche neu bepunktet. Neues Geld kommt dadurch aber nicht in den Topf. Es gibt lediglich Verschiebungen unter und innerhalb der Fachgruppen.