



Honorarreform: Finanzielle Förderung von Berufsausübungsgemeinschaften.

Der Beschluss des Bewertungsausschusses für die ärztlichen Leistungen vom 20. April 2009 ist für die Ärzte ein „Nullsummenspiel“. Die gesetzlichen Krankenkassen haben es abgelehnt, die drohenden Umsatzverluste beim Start der Honorarreform durch grundlegende Korrekturen in der Systematik der Regelleistungsvolumina [RLV]) zu verhindern.

Es wurde von den Krankenkassen auch abgelehnt, gezielt zusätzliche finanzielle Mittel bereitzustellen, um die zu erwartenden Härten beim Umstieg auf die neue Vergütungssystematik im Einzelfall zu mildern. Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) müssen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung Mittel für die notwendigen Strukturveränderungen und den Ausgleich von Härtefällen abzweigen

Der aktuelle Beschluss wird grundsätzlich ab 1. Juli 2009 wirksam. Sofern in einer Region die (RLV) unter Vorbehalt zugewiesen wurden, können die vereinbarten Regelungen auch schon zum 1. April 2009 in Kraft gesetzt werden.

System der Fallzählung

Mit Wirkung ab 1. Juli 2009 wird die Systematik der Feststellung der Fallzahl einer Praxis bei der Berechnung des praxisbezogenen RLV geändert. Diese Regelungen beziehen sich auf die Fallzählung in ärztlichen Kooperationen (Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten).

Hier gelten künftig folgende Regelungen:

- Für RLV relevante Fälle (RLV-Fälle) sind kurativ-ambulante Behandlungsfälle, *ausgenommen* Notfälle im organisierten Notfalldienst und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.
- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle nach der vorstehenden Regelung.
- In Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der kurativ-ambulanten Behandlungsfälle der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Sofern möglich, kann die RLV-Fallzahl je Arztgruppe in einer Arztpraxis ermittelt werden.

Zuschläge zu den RLV

Die Tätigkeit von Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen von angestellten Ärzten wird ab 1. Juli 2009 mit Zuschlägen finanziell gefördert. Dabei wird das ermittelte praxisbezogene RLV wie folgt erhöht:

- a) für fach- und schwerpunktgleiche Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe um 10 %.
- b) für fach- und schwerpunktübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten anderer Arztgruppen bzw. Schwerpunkte um 5 % je Arztgruppe bzw. Schwerpunkt, für maximal sechs Arztgruppen bzw. Schwerpunkt um 2,5 %, jedoch höchstens um 40 %.

Anerkennung von Praxisbesonderheiten

Bei Berufsausübungsgemeinschaften ist bei der Festsetzung von Praxisbesonderheiten die Verrechnung mit Unterschreitungen des durchschnittlichen Fallwerts einer Fachgruppe einer Arztgruppe bei anderen Ärzten derselben Praxis möglich.

Weitere Leistungen außerhalb der RLV

Erfreulich ist die Tatsache, dass ab 1. Juli 2009 weitere Leistungen aus der Begrenzung der RLV herausgelöst und künftig nach Einzelleistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden. Es handelt sich um folgende Leistungen:

- Hausärztlicher Versorgungsbereich: Nephrologische Leistungen des Kapitels 4.5.4 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab [EBM])
- Fachärztlicher Versorgungsbereich: Leistungen des Abschnitts 5.3 (EBM), Nephrologische Leistungen des Abschnitts 13.3.6 (EBM), Gesprächs- und Betreuungsleistungen der Kinder- und Jugendpsychiater und der Nervenärzte.

Anhebung von Bewertungen

Für die Einführung einer Grundpauschale für Nervenärzte (Nr. 21213 bis 21215 EBM) und die Ausgliederung der Entwicklungsdiagnostik (Nr. 04350 bis 04354 EBM) aus der Versichertenpauschale der Kinder- und Jugendärzte wurden neue Anpassungsfaktoren festgelegt.

Fallwertzuschläge für die Leistungen der Teilradiologie bei den Fachärzten

Die Fachärzte erhalten künftig folgende Fallwertzuschläge für die Leistungen der Teilradiologie:

Arztgruppen

Zuschlag je Fall in Euro

Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für plastische Chirurgie, ohne Unfallchirurgie und Neurochirurgie	6,10
Fachärzte für Frauenheilkunde	3,90
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	0,80

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	3,80
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	2,10
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	1,30
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	4,70
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	5,40
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	2,30
Fachärzte für Neurochirurgie	4,70
Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie	7,20
Fachärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	6,60
Fachärzte für Urologie	3,30
Sonstige Facharztgruppen, für die die Erbringung von Leistungen der diagnostischen Radiologie zum Kern des Gebiets gehört	5,30

Erweiterung der Gestaltungsmöglichkeiten der KVen

Die KVen haben die Möglichkeit, auf der regionalen Ebene Regelungen zum Ausgleich von individuellen Härten im Einzelfall zu treffen. Dazu gehören Anfangs- und Übergangsregelungen für Neuzulassungen, Praxen in der Anfangsphase und für die Umwandlung der Kooperationsform einer Praxis.

Mengensteuerung bei den „freien Leistungen“

Den KVen wird die Möglichkeit eröffnet, eine Mengensteuerung mit einer Begrenzung des Abrechnungsvolumens bei den „freien Leistungen“ einzuführen, die außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV vergütet werden. Auch die Fachgruppen, die derzeit nicht dem RLV unterliegen, müssen künftig mit Mengenbegrenzungen rechnen.