



Honorarreform: Mengensteuerung durch Regelleistungsvolumen.

Das ökonomische Schicksal der Arztpraxen hängt in den nächsten Jahren ganz davon ab, mit welchem Punktwert die niedergelassenen Ärzte am 1. Januar 2009 an den Start des neuen Vergütungssystems gehen. Bis zum 31. August 2008 wird der Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen den Orientierungswert für die regionalen Euro-Gebührenordnungen festlegen. Bei regionalen Besonderheiten kann ein Zu- oder Abschlag vereinbart werden.

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Arztes und der Arztpraxis wird die Mengenentwicklung durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumen begrenzt. Ab einer bestimmten Menge werden die Leistungen der Hausärzte nur noch mit abgestaffelten Preisen bezahlt.

Die Höhe der Regelleistungsvolumina wird maßgeblich von der Höhe der mit den gesetzlichen Krankenkassen (GKV) vereinbarten morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung bestimmt. Damit erfolgt nach der Abschaffung der Budgetierung auf der Ebene der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Mengenbegrenzung künftig schon bei der Festsetzung der Regelleistungsvolumina auf der Ebene des einzelnen Arztes.

Von besonderem Gewicht ist dabei die Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütungen der KVen für das Jahr 2009. Die für das Jahr 2009 zu vereinbarende Gesamtvergütung bildet die Berechnungsbasis für die Folgejahre. Für jede GKV-Kasse wird dabei zunächst die voraussichtlich erbrachte Leistungsmenge im Jahre 2008 geschätzt.

Grundlage ist eine Hochrechnung des Leistungsvolumens aus den letzten vier Abrechnungsquartalen. Der Bewertungsausschuss beschließt bis zum 31. August 2008 ein zwingend zu beachtendes Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für 2008. Als besonders nachteilig kann sich dabei für die Vertragspartner die Regelung auswirken, dass Fehlschätzungen bei diesem Verfahren erst im Jahre 2010 ausgeglichen werden.

Ein Regelleistungsvolumen ist die vom Arzt im Quartal abrechenbare Menge der Leistungen, die mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Die überschreitende Menge wird mit abgestaffelten Preisen vergütet. Nur bei einer „außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten“ (Beispiel: Praxisvertretungen) soll hiervon abgewichen werden.

Das Gesetz gibt den Vertragspartnern die Möglichkeit, Leistungen außerhalb des Regelleistungsvolumens des Arztes zu vergüten, die besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Die Werte für die Regelleistungsvolumina sind morbiditätsgewichtet und differenziert nach Arztgruppen und nach Versorgungsgraden sowie unter Berücksichtigung der Besonderheiten kooperativer Versorgungsformen festzulegen. Es erfolgt keine Untergliederung nach Kassenarten.

Bei der Bestimmung der fachgruppenspezifischen Regelleistungsvolumina sollen auch Praxisbesonderheiten berücksichtigt werden. Die Vertragspartner können auch noch Kapazitätsgrenzen je Arbeitstag für das bei gesicherter Qualität zu erbringende Leistungsvolumen des Arztes oder der Arztpraxis festlegen. Grundlage hierfür sollen die im Rahmen der Plausibilitätskontrollen vereinbarten Zeitwerte sein.

Bis zum 31. August 2008 bestimmt der Bewertungsausschuss für die ärztlichen Leistungen verbindlich das Verfahren zur Berechnung und zur späteren Anpassung der Regelleistungsvolumina. Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis, einschließlich der Mitteilung der Leistungen, die außerhalb der Regelleistungsvolumina vergütet werden sowie der jeweils geltende regionale Preis erfolgen für das Jahr 2009 bis zum 30. November 2008.

Erst zu diesem Zeitpunkt gibt es für die Vertragsärzte Planungssicherheit und Grundlagen für eine halbwegs zuverlässige Einschätzung der ökonomischen Zukunftsperspektiven.