



Regelleistungsvolumen: Mengenbegrenzungen bei den hausärztlichen Abrechnungen.

Die Vergütungsansprüche der Hausärzte werden ab 1. Januar 2009 durch Regelleistungsvolumina begrenzt. Bis zum 30. November 2008 soll die Zuweisung der Regelleistungsvolumina an den Arzt oder die Arztpraxis erfolgen. Der Hausarzt muss vor dem Start der Honorarreform sorgfältig prüfen, ob in seiner Praxis Ausnahmetatbestände oder Praxisbesonderheiten vorliegen, die eine Überschreitung des Regelleistungsvolumens ermöglichen.

Die Vergütung der Ärzte erfolgt nach dem Start der Honorarreform am 1. Januar 2009 grundsätzlich auf der Basis der regionalen Euro-Gebührenordnung. Allerdings kann von einer „lupenreinen“ Einzelleistungsvergütung nicht die Rede sein. Die Umsätze und Erträge der Hausärzte werden zusätzlich durch arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina begrenzt.

Für jedes Quartal wird eine abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen vorgegeben (Regelleistungsvolumen), die mit den in der Euro-Gebührenordnung ausgewiesenen Preisen voll vergütet werden. Bei einer Überschreitung des Regelleistungsvolumens wird nur noch ein abgestaffelter Preis bezahlt. Wie weit der Preis abgestaffelt wird, muss noch mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgehandelt werden.

Die Höhe der arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumina wird auf der Basis der vereinbarten morbiditätsbezogenen Gesamtvergütung – getrennt für die Hausärzte und für die Fachärzte – ermittelt. Zur Berücksichtigung der Morbiditätsstruktur der Arztpraxis erfolgt eine Aufgliederung nach Altersgruppen analog zu den Altersgruppen bei den derzeitigen Versichertenpauschalen.

Jeder Hausarzt bekommt also ein spezielles Regelleistungsvolumen, das seiner Fallzahl und der Morbiditätsstruktur seiner Praxis entspricht. Die Zuweisung der Regelleistungsvolumina erfolgt praxisbezogen, wobei der Umfang der Tätigkeit des Arztes gemäß der Zulassung berücksichtigt wird.

Die Höhe des Regelleistungsvolumens einer Arztpraxis ergibt sich aus der Addition der Regelleistungsvolumina je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind. Bei der Feststellung der in der Praxis erbrachten Leistungen werden alle von den beteiligten Vertragsärzten erbrachten Leistungen berücksichtigt, und zwar auch, soweit sie in einer Teilberufsausübungsgemeinschaft durchgeführt wurden.

Die Regelleistungsvolumina treffen Arztpraxen mit überdurchschnittlich hohen Fallzahlen besonders hart. Nach dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses wird zunächst nur die Fallzahl der Praxis bis 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe berücksichtigt. Der für einen Arzt zutreffende Fallwert 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.

Auf Antrag des Arztes und nach Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung (KV) können Leistungen über das arzt-/praxisbezogene Regelleistungsvolumen hinaus mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung vergütet werden. Hier gibt es folgende Ausnahmetatbestände:

Außergewöhnlich starke Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten aufgrund

- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- Urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes in der näheren Umgebung der Arztpraxis
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten Tätigkeit eines Arztes der eigenen Berufsausübungsgemeinschaft
- eines außergewöhnlichen und/oder durch den Arzt unverschuldeten Grundes, der zu einer niedrigeren Fallzahl des Arztes im Aufsatzquartal geführt hat (z. B. bei Krankheit des Arztes).

Die Hausärzte erhalten für qualitätsgebundene Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereichs bei der Festlegung des Regelleistungsvolumens folgende Zuschläge je Behandlungsfall/Quartal:

Nachweis der Qualifikationsvoraussetzungen Betrag in Euro je Fall

Sonographie	3,50 €
Psychosomatik	3,00 €
Prokto-/Rektoskopie	1,00 €
Kleinchirurgie	1,50 €
Langzeit-EKG	1,00 €
Langzeit-Blutdruckmessung	1,00 €
Spirometrie	1,00 €
Ergometrie	1,50 €
Chirotherapie	1,00 €

Zur Überschreitung des Regelleistungsvolumens bei Nachweis von Praxisbesonderheiten wurde folgende Vereinbarung getroffen:

„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 Fallwerts der Arztgruppe von mindestens 30 % vorliegt.“