

So kommt das Honorar zum Arzt

Die Krankenkassen stellen für unsere ärztlichen Leistungen nur ein begrenztes Gesamthonorar zur Verfügung, welches für die ambulante Versorgung der Patienten ausreichen muss – in anderen Worten: der Honorartopf der Krankenkassen ist gedeckelt. Dieses begrenzte Honorarvolumen wird als **morbidi-tätsbedingte Gesamtvergütung (MGV)** bezeichnet, und der Großteil der ambulanten Versorgung der Bevölkerung wird auf diese Art vergütet. Basis der MGV sind die aktuellen Versichertenzahlen und abgerechnete Leistungen aus der Vergangenheit. Für jedes Quartal wird die MGV zwischen den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung neu vereinbart.

Für fast alle Leistungen der MGV haben die Kassenärztlichen Vereinigungen Honorarbudgets gebildet, um Obergrenzen der Vergütung festzulegen. Die KV bezahlt dieses MGV-Honorar nach einem bestimmten Verteilungsschlüssel – dem **Regelleistungsvolumen (RLV)** – an die Ärzte aus. Das RLV ist die von einem niedergelassenen Arzt in einem bestimmten Zeitraum abrechenbare Menge der Leistungen. Die genauen Bestimmungen hierzu sind nach § 87b SGB V arzt- und praxisbezogen festgelegt:

- Mengensteuerung auf Arzt- und Praxisebene
- Definition der von einem Arzt oder der Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbaren Menge der vertragsärztlichen Leistungen
- Vergütung der das RLV überschreitenden Leistungsmenge mit vermindertem Honorar
- Möglichkeit zur Abweichung bei einer außergewöhnlich starken Erhöhung der Zahl der behandelten Versicherten
- Festlegung des RLV unter Gewährleistung einer kontinuierlichen Versorgung der Versicherten

Das RLV bildet demnach die Obergrenze Ihrer abrechenbaren Leistungen, die zu einem festgelegten Euro-Betrag vergütet werden. Leistungen, die das RLV überschreiten, werden nur noch mit einem deutlich verminderten Honorar vergütet. Zum besseren Verständnis der Zusammenhänge soll an dieser Stelle ein Beispiel aus meiner eigenen Arztpraxis dienen.

Fallbeispiel

Jeder Arzt erhält für jede an einem Patienten erbrachte Leistung einen festen Betrag. So das Wunschenken. Tatsächlich sieht die Welt in der ambulanten Medizin aber deutlich anders aus. Für unseren angenommen Fall der „Spirografischen Untersuchung“ (► Tab. 3-2) setze ich die GOP 03330 an und erhalte für die angegebenen 60 Punkte einen Betrag von 6,08 €. So weit die Theorie. Tatsächlich aber ist das Honorar durch die MGV gedeckelt und wird anhand meines individuell festgelegten RLV vergütet. Für mich in meiner Praxis bedeutet dies, dass ich nur für eine bestimmte Anzahl von spirografischen Untersuchungen den vollen Preis von 6,08 € je Untersuchung erhalte. Für die darüber hinaus gehenden Leistungen wird nur ein vermindertes Honorar bezahlt, das unter den

angegeben 6,08€ liegt. Ab einer bestimmten Obergrenze jedoch erhalte ich für die durchgeführten Untersuchungen überhaupt kein Honorar mehr. Und das, obwohl der Aufwand für alle meine Patienten derselbe ist und die spirotegrafische Untersuchung bei jedem einzelnen Patienten ärztlich indiziert ist.

Notabene: für ein normales EKG finden Sie im aktuellen Hausarzt-EBM keine GOP, und somit gibt es für diese Leistung kein abrechenbares Honorar. Das Honorar ist in den hausärztlichen Pauschalen verschwunden.

Zusätzlich zum RLV, welches im Wesentlichen die von allen Ärzten einer Fachgruppe abgerechneten „Basisleistungen“ enthält, erhält der Arzt für bestimmte Leistungen, die entweder eine besondere Qualifikation voraussetzen oder nur von wenigen Ärzten einer Fachgruppe abgerechnet werden, sogenannte **qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)**. Diese sollen die Unterschiede im Leistungsspektrum der einzelnen Arztpraxen besser abbilden. Enthalten sind spezielle Leistungen, die entweder eine besondere Qualifikation erfordern – z. B. Abdomensonografie, psychosomatische Grundversorgung oder Chirotherapie – oder nur von Ärzten einer bestimmten Fachgruppe abgerechnet werden können. Auch die QZV sind budgetiert. Die Höhe dieses Honorars hängt davon ab, wie viele der berechtigten Ärzte diese Leistungen in welcher Höhe überschreiten, da für die Vergütung aller dieser Leistungen auch nur ein fester Geldbetrag zur Verfügung steht. Wenn die festgelegten Kontingente ausgeschöpft sind, werden von den Krankenkassen keine Nachzahlungen geleistet. Das bedeutet, auch in diesem Fall erbringen Sie alle über die Budgets hinaus gehenden Leistungen völlig umsonst. Überschreitungen von RLV-Budgets können allerdings mit Unterschreitungen von QZV-Budgets verrechnet werden – und vice versa. RLV und QZV bilden gewissermaßen ein gemeinsames Honorarkontingent.

Qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)

Die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina umfassen Leistungen, für deren Erbringung eine besondere Qualifikation nötig ist. Sie werden arztgruppenspezifisch gebildet – was bedeutet, dass Leistungsausweitungen des QZV einer Arztgruppe ausschließlich zu deren Lasten gehen.

Ein weiteres Honorarkontingent steht für sogenannte **freie Leistungen** zur Verfügung. Diese wiederum werden in zwei Gruppen aufgeteilt:

Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung: Diese Leistungen fallen nicht unter die Mengensteuerung der RLV. Hier liegt das Risiko eines Leistungsmengenanstiegs bei der KV, die aus der Gesamtvergütung finanziert wird. Das bedeutet aber dennoch, dass die Leistungen nach dem Überschreiten einer Budgetobergrenze mit einem reduzierten Honorar vergütet werden. Hierzu zählen unter anderem:

- Akupunkturleistungen
- die Auswertung von Langzeit-EKGs als Auftragsleistungen
- antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapieleistungen
- Hausbesuche
- labormedizinische Leistungen
- Kostenpauschalen
- Leistungen im organisierten Notdienst

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung: Hier handelt es sich um die sogenannte **extrabudgetäre Gesamtvergütung (EGV)**. In den regionalen Kassenärztlichen Vereinigungen gibt es zusätzliche Vereinbarungen über die Vergütung von Leistungen, die nicht im EBM enthalten sind und die aus der EGV bezahlt werden. Diese Einzelleistungen fallen nicht unter das RLV und werden ohne Mengenbegrenzung zu festen EBM-Beträgen und ohne Honorarverminderung vergütet. Bei diesen Leistungen tragen die Krankenkassen das Mengenrisiko, was bedeutet, dass eine Leistungssteigerung von den Krankenkassen zu finanzieren ist. Zu diesen Leistungen zählen unter anderem:

- regionale Sondervereinbarungen (Disease-Management-Programme [DMP] und Impfvereinbarungen)
- Früherkennungsleistungen (Krebsfrüherkennung, Gesundheits-Check, Hautkrebsscreening)
- die Mutterschaftsvorsorge
- das Mammografie-Screening
- die Substitutionsbehandlung bei Drogenabhängigkeit
- ambulante Operationen
- prä- und postoperative Leistungen
- Kosten- und Wegepauschalen

Da die gesetzlichen Krankenkassen nur ein eingeschränktes Gesamtbudget für uns Ärzte zur Verfügung stellen, ist unser Honorar begrenzt und repräsentiert in keiner Weise unsere ärztlichen Leistungen. Für Leistungen, welche die gesetzlichen Krankenversicherungen als besonders förderungswürdig erachten, können diese zusätzliches Geld an die Kassenärztlichen Vereinigungen ausbezahlen und damit Anreize für Ärzte setzen, diese Leistungen auch zu erbringen. Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten deshalb von den Krankenkassen eine bestimmte Menge an Geld sowohl für ärztliche Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung als auch für die extrabudgetäre Vergütung. Leistungen der EGV werden jeweils in voller Höhe vergütet und von der KV an den Arzt ausgezahlt, der die Leistung erbracht hat.

Praxistipp

Sie sollten in Ihrer eigenen Arztpraxis darauf achten, dass Sie mit den Einzelleistungen nicht unter Ihren Möglichkeiten bleiben. Wichtig sind in diesem Zusammenhang z. B. die Präventionspotenziale (Früherkennungsuntersuchung und Krebsvorsorgeuntersuchung, Hautkrebsscreening) oder die DMPs. Zwar unterliegen die Früherkennungsuntersuchungen z.T. Altersbeschränkungen (die hausärztliche Früherkennungsuntersuchung ab dem 35. Lebensjahr ist nur alle 2 Jahre möglich); in ihrer Gesamtmenge sind sie aber unbegrenzt und werden ohne Honorarminderung zu festen EBM-Beträgen in Euro vergütet.

Vor Quartalsbeginn bekommt der Arzt von seiner Kassenärztlichen Vereinigung sein individuelles Regelleistungsvolumen (RLV) zugeteilt. Der arztgruppenspezifische Fallwert wird für jedes Quartal neu ermittelt. Die Vergütungssysteme der budgetierten Leistungen variieren je nach regionaler KV. Darüber hinaus erhält der Arzt sein qualifikationsgebundenes Zusatzvolumen, wenn er die zutreffende Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnung führt oder eine erforderliche Genehmigung der KV zur Erbringung und Abrechnung der spezifischen Leistungen eines QZV hat.

Der Arzt reicht quartalsweise für alle behandelten Patienten seine Abrechnung bei der regionalen KV ein. Die Grundlage der Abrechnung bildet der einheitliche Bewertungsmaßstab. Dieser umfasst alle Leistungen, die der niedergelassene Arzt für den bei einer gesetzlichen Krankenkasse versicherten Patienten abrechnen kann. Der im EBM aufgeführte Honorarwert eines Punktes kommt zustande, indem die den Einzelleistungen zugeordneten Punkte mit dem Orientierungswert multipliziert werden.

Synopsis: So kommt das Honorar zum Arzt

Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung (MGV): Der weitaus größte Anteil der ärztlichen Vergütung stammt von den gesetzlichen Krankenkassen. Diese stellen einen bestimmten Gesamtbetrag für die ambulante Versorgung ihrer Versicherten zur Verfügung – die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung. Das Honorar geht aber nicht direkt von der Krankenkasse an den einzelnen Arzt, sondern an die Kassenärztlichen Vereinigung. Diese verteilt es nach einem bestimmten Schlüssel (Honorarverteilung) an die Ärzte ihres Bereichs. Ein Großteil der ambulanten Leistungen wird aus der MGV honoriert, wobei diese einer Mengenbegrenzung unterliegt. Das bedeutet, dass nicht alle Leistungen, die im EBM aufgeführt sind, auch tatsächlich zu dem Preis vergütet werden, der dort angegeben ist. Wenn der Arzt eine bestimmte Leistungsmenge im Quartal überschreitet (die Obergrenze gibt das individuelle RLV an), so werden die über das RLV hinausgehenden Leistungen zu einem verminderten Honorarsatz vergütet – bis zu einer Grenze, ab der ein Arzt für seine zusätzlichen ärztlichen Leistungen schließlich überhaupt kein Honorar mehr erhält.

Das Regelleistungsvolumen (RLV): Da die Krankenkassen für die Vergütung der ärztlichen Leistungen nur ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung stellen, können nicht alle Leistungen entsprechend der Gebührenordnung vergütet werden. Für die