

**Umsetzung der Regelleistungsvolumina (RLV)  
ab Januar 2009  
II. Teil**

**Spezielle Probleme der Fachgruppe Anästhesie  
bei der Umsetzung der RLV-Systematik**

***Elmar Mertens***  
**Version 1.1**

Unabhängig von der im Teil I erläuterten Problematik des zu niedrigen Fallzahldurchschnittes werden die Regelungen zu den RLVs unserer sehr inhomogenen Fachgruppe in mehreren Beziehungen nicht gerecht: Bei den Anästhesisten gibt es (zunächst) zwei Arztgruppen gem. den allgemeinen RLV-Regelungen:

Die ursprünglich und auch weiter zulassungsrechtlich einheitliche Arztgruppe Anästhesie und die unter RLV-Gesichtspunkten neu eingeführte Gruppe des „ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Vertragsarztes gemäß der entsprechenden Qualitätssicherungsvereinbarung“.

Unter mehreren Gesichtspunkten wird dies jedoch der realen Versorgungssituation nicht gerecht: Die unterschiedliche Behandlung der Leistungen des Kapitels 5 und der Kapitel 31/36 im Rahmen der RLVs wird die Fachgruppe der reinen „Narkoseärzte“ unabhängig von der Schmerztherapie spalten: Und zwar in die, die wegen geringem Leistungsbedarf im Kapitel 5 mit den RLVs hinkommen und denen, für die wegen eines über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegenden Leistungsbedarfs im Kapitel 5 der Fallwert nicht ausreichen wird. Dass die innerhalb der RLVs statistisch vorgegebenen Fallwerte in keinem Fall ausreichen werden, um dem Versorgungsauftrag der Anästhesisten im Kapitel 5 gerecht zu werden, dürfte unumstritten sein.

Eine Gegenüberstellung von ausschließlich im Kapitel 5 Leistungen erbringenden Anästhesisten mit ausschließlich im Kapitel 31 oder 36 Leistungen erbringenden zeigt schon auf den ersten Blick einen entscheidenden Unterschied: So erbringen, bei einem Patienten zwischen 6 und 59 Jahren, beide Gruppen die Ziffern 05211, 05230 und 05310 (05310 fraglich wg. Abrechnungsbestimmungen) innerhalb des RLV. Werden die darüber hinaus gehenden Leistungen im Kapitel 31/36 erbracht, gibt es in diesem Behandlungsfall keine Probleme, sofern das RLV einen arztgruppenspezifischen Fallwert 935 Punkten abdeckt.

Nach den bisherigen Daten aus den KVen, so weit sie bekannt sind, haben aber die Kolleginnen und Kollegen, die viel im Kapitel 5 abgerechnet haben, den Schnitt der Fachgruppe noch etwas höher angehoben, so dass für die „Kapitel 31er“ sogar noch etwas Spielraum bleiben wird für die eine oder andere Leistung im Kapitel 5 z.B. für die 05340 und 05341.

Der ausschließlich im Kapitel 5 Leistungen erbringende Anästhesist jedoch überschreitet allein durch die Abrechnung des Aufwachraumes mit der Ziffer 05350 den beispielhaften fiktiven Fallwert von 935 Punkten um 1420 Punkten und zwar ohne dass er überhaupt eine Anästhesieleistung (z.B. 05330 mit 2375) Punkten erbracht hätte.

Damit ist bereits ein entscheidendes Kriterium gem. der Beschlüsse des Bewertungsausschusses gegeben: Im Regelwerk ist vorgesehen, dass ab einer Überschreitung des praxisindividuellen Fallwertes um mindestens 30 % von einem besonderen Versorgungsauftrag auszugehen ist (Teil F 3.6). Damit haben die KVen die Möglichkeit, mit den Krankassen für einzelne Praxen, bzw. Gruppen von Praxen individuelle Lösungen zu vereinbaren.

Obwohl das Problem ein bundesweites ist, sind von der KBV zunächst keine Lösungen zu erwarten, allerdings ist eine Überarbeitung dieser Bestimmung für den 1. Januar 2010 avisiert.

Eine einfache Lösung dieses Problems wäre die Herausnahme der Ziffern 05330, 05331 und 05350 aus der Berechnung der RLVs und ihre extrabudgetäre Vergütung. Dies sehen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses bisher zwar nicht vor, in Anbetracht der Tatsache, dass diese Leistungen mit gleicher Notwendigkeit und Qualität wie die Leistungen im Kapitel 31/36 erbracht werden müssen, wäre dies jedoch schlüssig.

Will man die Beschlüsse des Bewertungsausschusses so interpretieren, dass auf jeden Fall zunächst ein fachgruppeneinheitliches RLV zu bilden ist, so könnte der Weg gewählt werden, Fallwertzuschläge für die Praxen zu bilden, die wesentlich über den Fallwerten der Fachgruppe liegen. Fallwertzuschläge sind im RLV-System bei den Hausärzten ohnehin vorgesehen und sind somit systemimmanent.

Der Weg über Fallwertzuschläge käme zudem der über die RLVs gewünschten Steuerungsfunktion mit Aufsatz auf die Fallzahlen des Vorjahresquartals nach.

Die Bildung von Untergruppen mit Fallwertkorridoren wäre zwar auch möglich, würde jedoch je nach Spannbreite den einzelnen Praxen auch nicht gerecht.

### **Änderung der Praxisstruktur / Neuzulassungen**

Hierbei ist grundsätzlich vorgesehen, dass dem Arzt das durchschnittliche RLV der Fachgruppe zugeteilt wird. Die KVen können mit den Krankenkassen jedoch Abweichungen davon vereinbaren.

### **Ausnahmen von den RLVs / Leistungen außerhalb der RLVs**

(nur aufgeführt, was die Anästhesie betrifft)

In die Berechnung der RLVs werden zunächst nicht einbezogen (dies hat jedoch an dieser Stelle zunächst noch nichts mit der Vergütung zu tun):

- Noch bestehende Strukturverträge und Modellvorhaben
- IV-Verträge
- DMP-Verträge
- Regional Vereinabte Leistungen außerhalb der EBM-Definition
- Kapitel 31 und Kapitel 36
- Geburtshilfliche Leistungen

Für die o.g. Leistungen können die KVen und Krankenkassen Honorare oberhalb des Orientierungspunktwertes (OPW) vereinbaren, in dem zusätzlich zum OPW (3,5058 ct) ein Zuschlag gezahlt wird. (Bundesempfehlung Teil H, Abs. 5)  
Diese Möglichkeit besteht unabhängig von den ohnehin vorgesehenen Bewertungskorrekturen (s. u.)

### **Auswirkung extrabudgetärer Leistungen auf das RLV**

Da jeder Behandlungsfall grundsätzlich die Grundpauschale und evtl. weitere Leistungen, die innerhalb des RLV abgerechnet werden müssen, auslöst, bedeutet die Tatsache, dass bestimmte (Teil-)Leistungen außerhalb der RLVs liegen, noch lange nicht, dass diese Fälle von der Abstufung ausgenommen sind. Damit greift trotz extrabudgetärer Leistungen eine Mengesteuerung und zwar abhängig von der Festlegung der Fallpunktzahl und der Fallzahl der Fachgruppe.

### **Abzusehende Honorarverluste / Praxisbesonderheiten**

Sofern eine Praxis wegen der Umstellung auf RLVs oder wegen Wegfalls von extrabudgetärer Vergütungsanteile gegenüber dem Vorjahresquartal einen Honorarverlust von mehr als 15 % (in Euro) erleidet, sind auf Antrag Ausgleichszahlungen möglich. Diese müssen zwischen KV und KK vereinbart werden, d. h. die KV kann dies nicht allein entscheiden.

### **Fallwerte Kapitel 31 / Kapitel 36 und Geburtshilfe**

Es erfolgt zunächst eine Neubewertung dieser Leistungen im EBM ab dem 1. Januar 2009 über die Punktmenge der einzelnen Leistung. Die derzeitige Bewertung in Punkten wird multipliziert mit einem Faktor, der sich aus der Division des höchsten Punktwertes, der für diese Leistungen in den bewertungsmäßig unten liegenden KVen ausgezahlt wurde, durch den OPW.

Dies erfolgt in den o.g. Leistungsbereichen getrennt, so dass sich unterschiedliche Korrekturfaktoren ergeben können.

### **Beispiel:**

Würde der höchste Punktwert für eine Leistung in der schlechteren Gruppe der KVen (unteres Terzil) 4,1 ct betragen, würde die Punktmenge mit dem Faktor 1,1694905 multipliziert und somit etwas „aufgepeppt“ (4,1 durch 3,5058 gleich 1,1694905 ). Die bisherigen Plausibilitätszeiten bleiben jedoch unverändert.

### **Punktwerte Kapitel 31 / Kapitel 36 und Geburtshilfe**

Als weitere Korrekturmaßnahme wird hierfür nicht der OPW von 3,5058 angewendet, sondern ebenfalls der oben definierte höchste Punktwert einer der schlechteren KVen.

### **Leistungen des Kataloges nach § 115b SGB V**

Bezüglich der Bewertung der Leistungen des AOP-Kataloges hat der Bewertungsausschuss keine abschließende Festlegung getroffen. Sofern diese im Kapitel 31 abgebildet sind, ist die unbudgetierte Honorierung ja ohnehin gesichert. Allerdings wird sich aus den oben beschriebenen Korrekturmechanismen wahrscheinlich nicht in allen KVen ein so hoher Punktwert ergeben wie bisher, dies ist aber noch reine Spekulation und kann nicht abschließend bewertet werden. Wie

bereits gesagt, bestehen für die KVen und KK auch bei diesen Leistungen Möglichkeiten, die bisher gezahlten Punktwerte weiter zu zahlen. Anders ist dies jedoch bei den §115b-Leistungen, die nicht ins Kapitel 31 des EBM fallen: Dies sind die Narkosen im Kapitel 5, die im Rahmen der IVF erbracht werden und die Ziffern 01852, 01856 und 01857. Diese Leistungen werden, wenn die derzeitigen Beschlüsse Bestand haben, entgegen der Entscheidung des Bundesschiedsamtes mit von den RLVs erfasst. (Die IVF-Leistungen natürlich nur zu 50 %)

### **Fallwerte Kapitel 30.7.1 Schmerztherapie**

Es erfolgt eine Neubewertung dieser Leistungen im EBM über die Punktmenge der einzelnen Leistung. Hier hat der Bewertungsausschuss einen Faktor zu einer höheren Bewertung von 1,3201 festgelegt.

### **Fallwerte Kapitel 30.7.3 Akupunktur**

Es erfolgt eine Neubewertung dieser Leistungen im EBM über die Punktmenge der einzelnen Leistung. Hier hat der Bewertungsausschuss einen Faktor zu einer höheren Bewertung von 1,1714 festgelegt. Die Leistungen des Kapitels 30.7.3 werden außerhalb der RLV vergütet.

### **Geburtshilfliche Anästhesie gem. Kapitel 5.4**

Der Berufsverband vertritt die Auffassung, dass die Leistungen des Kapitels 5.4, die ja ausschließlich im Rahmen der Geburtshilfe erbracht werden, bei den Regelungen zur Geburtshilfe mit erfasst sind. Dies ergibt sich aus der Tatsache, dass die Regelung nicht ausdrücklich auf ein bestimmtes Kapitel oder bestimmte Ziffern beschränkt ist, sondern auf die gesamte Geburtshilfe. (Teil A Abs. 1.2 Nr. 3) Damit muss auch hier die o. g. Neubewertung erfolgen.

### **Schmerztherapie allgemein**

Die Leistungen des Kapitels 30.7.1 (genehmigungspflichtige ST) werden für einige Praxen in das RLV einbezogen und für andere nicht:

### **Untergruppe ausschließlich schmerztherapeutisch tätiger Anästhesisten**

In Anbetracht der erheblich anderen Bewertung allein schon der Grundpauschale 30700 wurde hier unter RLV-Gesichtspunkten eine eigene Gruppe installiert. Da der Bewertungsausschuss wohl davon ausgeht, dass diese Gruppe weitgehend homogen ist, wird sie vollständig mit allen Leistungen dem RLV unterworfen.

#### **Problem:**

Zulassungsrechtlich bleibt auch der ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Arzt Anästhesist. Damit ist er nach den Bundesmantelverträgen verpflichtet, Überweisungen, die auf das Fachgebiet Anästhesie lauten, entgegen zu nehmen. Will man die Definition „ausschließlich schmerztherapeutisch tätiger Arzt“ an der ausschließlichen Erbringung der Grundpauschale 30700 festmachen, stellt dies ein unüberwindbares Problem dar.

Für die Fallzahlen in dieser Gruppe liegen kaum valide Daten vor, so dass noch nicht abzusehen ist, ab welcher Fallzahl diese Gruppe in die Abstufung der RLV geraten wird. Jedenfalls ist klar, dass alle Leistungen dieser „Fachgruppe“ dem RLV unterliegen.

### **Untergruppe nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätiger Anästhesisten**

Diese Gruppe fällt zunächst vollständig in das RLV der Fachgruppe Anästhesie und unterliegt damit den entsprechenden Mengensteuerungen. Allerdings fallen die Leistungen des Kapitels 30.7.1 (genehmigungspflichtige ST) für diese Untergruppe nicht ins RLV und sind damit extrabudgetär.

### **Wechsel des Versorgungsbereichs**

Ein Wechsel zwischen den Versorgungsbereichen ist in der Anästhesie besonders interessant bei den Schmerztherapeuten. Da ein solcher Wechsel quartalsweise erfolgen kann und deshalb auch das RLV jeweils quartalsweise angepasst wird, spielt wie bereits beschrieben, die Definition des ausschließlich schmerztherapeutisch tätigen Anästhesisten eine wichtige Rolle: Wenn hier nicht eine Geringfügigkeitsgrenze eingezogen wird, würde hier durch einen einzigen Patienten, bei dem die Grundpauschale des Fachgruppenkapitels abgerechnet werden muss, bereits ein Wechsel des Versorgungsbereiches erfolgen.