

Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87c Abs. 2 SGB V

Liegen zur Ermittlung der Indikatoren nach § 87 Abs. 2f Satz 4 keine amtlichen Indikatoren vor und ist es dem Bewertungsausschuss bis zum 31. August 2008 nicht möglich, die zur Erstellung eigener Indikatoren erforderlichen Daten zu erheben und auszuwerten, kann der Bewertungsausschuss diese Indikatoren für das Jahr 2009 abweichend von § 87 Abs. 2f Satz 4 mit Hilfe von amtlichen Indikatoren ermitteln, die Abweichungen der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes von der bundesdurchschnittlichen Wirtschaftskraft messen.

Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87c Abs. 2 SGB V

Der Bewertungsausschuss kann, wenn keine anderen vorliegen, anhand amtlicher Indikatoren die Abweichung der Wirtschaftskraft eines Bundeslandes vom Bundesdurchschnitt messen.

Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87a Abs. 2 SGB V I

(2) Die Kassenärztliche Vereinigung und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich vereinbaren auf der Grundlage der Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 jeweils bis zum 31. Oktober eines jeden Jahres Punktwerte, die zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Folgejahr anzuwenden sind. Die Vertragspartner nach Satz 1 können dabei einen Zuschlag auf oder einen Abschlag von den Orientierungswerten gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 vereinbaren, um insbesondere regionale Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur zu berücksichtigen.

Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87a Abs. 2 SGB V I

KVen und Krankenkassen vereinbaren gemeinsam und einheitlich
Auf Grundlage des Orientierungswertes zum 31.10. eines Jahres
Punktwerte für das Folgejahre.

Zu- bzw. Abschlag vom Orientierungswert bei regionaler
Besonderheit

Kostenstruktur

Versorgungsstruktur



Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87a Abs. 2 SGB V II

Dabei sind zwingend die Vorgaben des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 2f anzuwenden. Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte gemäß § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 bis 3 anzuwenden. Bei der Festlegung des Zu- oder Abschlags ist zu gewährleisten, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist. Aus den vereinbarten Punktwerten und dem einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen; in der Gebührenordnung sind dabei sowohl die Preise für den Regelfall als auch die Preise bei Vorliegen von Unter- und Überversorgung auszuweisen.



Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87a Abs. 2 SGB V II

Die Vorgaben des Bewertungsausschusses sind zwingend.

Der Zuschlag oder der Abschlag darf nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden und ist einheitlich auf alle Orientierungswerte anzuwenden.

Aus den vereinbarten Punktwerten und EBM ist eine regionale Gebührenordnung mit Europreisen (regionale Euro-Gebührenordnung) zu erstellen mit Preisen für

Regelfall

Unterversorgung

Übersorgung



Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87a Abs. 2 SGB V III

G-BA beschließt, Indikationen zu

1. Regionaler Versorgungsstruktur
2. Regionaler Kostenstruktur
3. Regionaler Wirtschaftskraft

für 2009 **nicht** anzuwenden !



Regionale € Gebührenordnung 2009

§ 87a Abs. 2 SGB V III

...die....leistungsbezogenen Zuschläge zum Orientierungspunktwert....allein aus Rückstellungen gemäß § 87b Abs. 3 Satz 5 SGB V zu finanzieren sind.

Zur Anzeige wird der QuickTime™
Dekompressor „TIFF (Unkomprimiert)“
benötigt.

Staatssekretär Franz Knieps



Für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung



Behandlungsbedarf je Versicherter



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung

- Die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung einer Krankenkasse ergibt sich aus dem Produkt des Behandlungsbedarfs - je Versicherten der Krankenkasse in Punkten ausgedrückt - und der jeweils aktuellen Zahl der Versicherten der Krankenkasse, multipliziert regionalen Punktwert.



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung § 87a Abs. 3 SGB V I

Wird vereinbart zum 31. Oktober gemeinsam und einheitlich für das Folgejahr

Gesamte Versorgung
Wohnortprinzip

Als Punktzahlvolumen EBM nach Zahl und Morbi-Struktur
Punktwert in €

Ergebnis gilt als notwendige medizinische Versorgung !



Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung § 87a Abs. 3 SGB V II

weitere vertragsärztliche Leistungen außerhalb vereinbarten Gesamtvergütungen mit den Preisen der Euro-Gebührenordnung können vergütet werden, wenn sie besonders gefördert werden sollen oder soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Folien B

RLV
Tschuschke



Regelleistungsvolumen

- **Die Trennung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Anteil bleibt erhalten.**
- **Die Vergütungsanteile der beiden Versorgungsbereiche werden nach Abzug der Vergütung für die nicht mengenbegrenzten Leistungen auf Regelleistungsvolumina (RLV) in Euro für jeden einzelnen Arzt aufgeteilt.**
- **Ein Regelleistungsvolumen ist die abrechenbare Menge vertragsärztlicher Leistungen, die mit den in der Euro-Gebührenordnung enthaltenen Preisen zu vergüten ist.**
- **Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsmengen werden abgestaffelt vergütet.**



Nicht dem RLV-Vergütungsvolumen unterliegen:

- Besondere Inanspruchnahme
- Samstagsprechstunde
- Leistungen im organisierten Notfalldienst und im Notfall
- antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie des Abschnitts 35.2
- Dringende Besuche
- Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge
- Behandlung von Naevi Flammei und Hämangiomen
- Histologie, Zytologie
- ESWL
- Schmerztherapie nach Abschnitt 30.7.1
- Laboratoriumsmedizinische Untersuchung des Kapitels 32
- MRT Angiographie (Abschnitt 34.7)
- Kostenpauschalen des Kapitels 40
- Zusatzpauschalen zur Behandlung von Organtransplantatträgern
- Leistungen der Empfängnisregelung, Sterilisation und im Rahmen von Schwangerschaftsabbrüchen der Abschnitte 1.7.5 und 1.7.7
- Laborkonsiliarpauschale und Laborgrundpauschale (Gebührenordnungsposition 12210 und 12225)
- Abzug von 3% für abgestaffelt zu vergütende Leistungen



Anpassungsfaktoren

• organisierter Notfalldienst und im Notfall	1,1018
• Früherkennung und Mutterschaftsvorsorge	1,2719
• Mammographie-Screening	1,3430
• U7a (GOP 01723)	1, 2719
• Vakuumstanzbiopsie	1,1937
• Substitutionsbehandlung	1,1206
• Strahlentherapie	0,9684
• Schmerztherapie (Abschnitt 30.7.1)	1,3223
• Akupunktur	1,1733
• Polysomnographie	1,2063
• MRT-Angiographie	1,1706
• ambulantes Operieren, PTK, Koloskopie, ERCP	1,1545
• Begleitleistungen zum AOP	1,025
• Psychotherapie	1,3196.
• belegärztlichen Leistungen	1,1869



Gemeinschaften

- In arztgruppen- und schwerpunktgleichen (Teil-) Berufsausübungsgemeinschaften oder Arztpraxen mit angestellten Ärzten derselben Arztgruppe/desselben Schwerpunktes erfolgt ein Aufschlag in Höhe von 10% auf die jeweiligen Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen."
 - Bewertungsausschuß 17.10.2008

Arztgruppenspezifischer RLV Fallwert

- **Relativer Anteil der Punktzahlen der jeweiligen Arztgruppe an der Gesamtpunktzahl des Versorgungsbereiches bezogen auf die zur Verfügung stehenden Vergütungsanteile in Euro**
- **Geteilt durch die Fallzahl der Arztgruppe**

Fallwertzuschlag Teilradiologie

- Einführung eines Fallwertzuschlages Teilradiologie zum Regelleistungsvolumen für die Leistungen der diagnostischen Radiologie (Gebührenordnungspositionen 34210 bis 34297 (**34282**)) im fachärztlichen Versorgungsbereich mit Wirkung zum 01. Januar 2009
- 5,00 €
 - Bewertungsausschuß 17.10.2008

vorläufiges RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (VRLV_{VB})

$$\text{VRLV}_{\text{VB}} = \frac{\text{VG}_{\text{VB}}}{\text{VG}} * \text{RLV}_{\text{VG}}$$

- VG
 - Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen aller Arztgruppen
- VG_{VB}
 - Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM2008-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs
- VB
 - hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich
- RLV_{VG}
 - RLV-Vergütungsvolumen

RLV der Fachärzte

- VRLVFA
- Nach Abzug von
 - 3% für abgestaffelt zu vergütende Leistungen
 - Rückstellung für Neupraxen
 - Erwartete Zahlungen für Ermächtigte
 - Leistungsvolumen in 2007 für:
 - Besondere Inanspruchnahme – Notfalldienst – Dringende Besuche – amb. Praxisklinische Betreuung – Naevi flammei und Hämangiome – Histologie, Zytologie – ESWL – Schmerztherapie – Akupunktur – Polysomnographie – Labor Kapitel 32 – MRT Angiographie – Kapitel 40 – Langzeit EKG auf Zuweisung – Pauschalen für Transplantierte – Labor-konsiliar und – grundpauschale - Empfängnisregelung

Arztgruppenspezifischer Anteil am RLV des Versorgungsbereichs

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * RLV_{VB}$$

- **LB_{VB}**
 - Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM2008-Anpassungen aller Arztgruppen gemäß Anlage 1 des Versorgungsbereichs
- **LB_{AG}**
 - Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM2008-Anpassungen einer Arztgruppe
- **AG**
 - Arztgruppe
- **RLV_{VB}**
 - RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs

Arztgruppenspezifischer Fallwert

$$FW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

- FZ_{AG}
 - Arztgruppenspezifische Anzahl der kurativ-ambulantem Arztfälle des Vorjahresquartals
- FW_{AG}
 - arztgruppenspezifischer Fallwert