

Arzt- und praxisbezogenes Regelleistungsvolumen

$$RLV_{\text{Arzt}} = FW_{\text{AG}} * FZ_{\text{Arzt}}$$

- **FZ_{Arzt}**
 - Anzahl kurativ-ambulanter **Arztfälle (!)** eines Arztes gemäß 2.3 im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Staffelung der Fallwerte

Anpassung der RLV durch Altersgruppen

Das Regelleistungsvolumen gemäß 3.2.1 eines Arztes wird mit dem folgenden Faktor multipliziert:

$$\frac{n_f \cdot f/i + n_g \cdot g/i + n_h \cdot h/i}{n} \times \text{RLV}$$



Morbiditätsbezogene Differenzierung des Regelleistungsvolumens nach Altersklassen

$$\frac{n_f \cdot f / i + n_g \cdot g / i + n_h \cdot h / i}{n}$$

- **f** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- **g** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- **h** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für Versicherte ab dem 60. Lebensjahr
- **i** = KV-bezogener, arztgruppenspezifischer Leistungsbedarfs je Fall – ohne Berücksichtigung der Leistungen in 2.2 – im Jahr 2007 aus Leistungen für alle Versicherten
- **nf** = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
- **ng** = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
- **nh** = Zahl der Arztfälle eines Arztes für die Behandlung von Versicherten ab dem 60. Lebensjahr
- **n** = Zahl der Arztfälle eines Arztes

Berechnungen der Regelleistungsvolumina

- Fiktives Beispiel für eine Arztgruppe

$$\frac{400 \text{ Mio. Punkte Leistungsbedarf der Arztgruppe}}{4 \text{ Mrd. Punkte Leistungsbedarf des Versorgungsbereichs}} = 10\%$$

x 150 Mio. Euro zur Verfügung stehender Vergütungsanteil
= 15 Mio. Euro

geteilt durch 500.000 Fälle

= 30 Euro arztgruppenspezifischer RLV-Fallwert



Berechnungen der Regelleistungsvolumina

- Fiktives Beispiel für eine Arztgruppe

RLV eines Arztes =

Arztindividuelle Fallzahl des Vorjahresquartals
X
arztgruppenspezifischer RLV-Fallwert

- Beispiel für einen Arzt

1.100 Fälle (arztindividuelle Fallzahl aus dem Vorjahresquartal)

X

30 Euro (arztgruppenspezifischer RLV-Fallwert)

= 33.000 Euro

X

1,02 (Anpassungsfaktor an Altersstruktur der Patienten)

= 33.660 Euro Regelleistungsvolumen des Arztes

Die das Regelleistungsvolumen überschreitenden Leistungsmengen werden abgestaffelt vergütet.

Abstaffelung des Fallwerts

Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische 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 % ...
- um 75 % für Fälle über 200 % ...



Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen

- **Fallzahlabstaffelung**
 - 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
- **Anpassungsfaktor an Alterstruktur der Patienten**
 - Morbiditätsbezogene Differenzierung des RLV nach Alterskassen
- **Hausarztgeschenk Qualifikationszuschläge**
 - Sono, Proktologie, kleine Chirurgie, Langzeit-EKG, - Blutdruck, Spirometrie, Ergometrie, Chirotherapie



Das neue urologische Honorar

- RLV + Radiologiepauschale +
Vorwegabzugsleistungen + Prävention +
Labor-Wirtschaftlichkeitsbonus + AO + BO +
Kosten + ?

Punktlandung



**KVen und
Landesverbände der
Krankenkassen**



Rückstellungen

aus der morbiditätsbingten
Gesamtvergütung

- zur Neuzulassungen
- für Sicherstellungsaufgaben (u. a. nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen)
- zum Ausgleich von überproportionalen Honorarverlusten
- für Praxisbesonderheiten gem. § 87b Abs. 3. Satz 3 SGB V und
- zum Ausgleich von Fehlschätzungen für Vorwegabzüge

**15. November
Volumen festgelegt**



Laborreform 2008

Änderungen im Laborkapitel
Ab 01.10.2008



Direktabrechnung der Laborgemeinschaften

- Lstg. Kap.32.2 ab 01.10.2008
- Abrechnungsausschluss
- Keine Abrechnung mehr für den Einsender
- Bestimmung in eigener Praxis
z.B. orientierende U.m.Reagenzien 32030,
mikroskopische Harnuntersuchung 32031,
32045, 32151.....ändert sich nichts

Bewertungsänderungen im Speziallabor

- 32190 Spermogramm 15,90 → 23,70 €
- 32358 Testosteron 6,10 → 5,00 €
- 32360 SHBG 12,80 → 11,90 €
- 32369 DHEA 8,20 → 6,90 €
- 32351 PSA 5,60 → 4,80 €

Bewertungsänderungen im Speziallabor

- 32720 Urinkultur mit 2 Nährböden
von 4,90 auf 5,50 €
- 32750 Differenzierung gezüchteter Bakterien
von 2,60 auf 3,90 €
- 32766 Empfindlichkeitsprüfung von Bakterien
von 5,10 auf 5,40 €



Onkologievereinbarungen

Kassen kündigen schon vorab
Verträge

Strukturvertrag Onkologie

- Onkologievereinbarungen , extrabudgetär
Strukturpauschalen
- Alternativ Selektivvertrag nach § 73c
qualifizierte Versorgung
- Ggf. in Kombination mit § 130 zur
strukturierten Arzneimittelversorgung

Ambulantes Operieren

- Mengenzuwachs im extrabudgetären Bereich im erw.Bew.A.
- Höher Bewertung der Leistungen im amb.Operieren, Koloskopie + ERCP.
- Förderung mit zusätzlichen 30 Millionen
- Regionale Besonderheiten

Anpassung Orientierungswert



- Entwicklung der Investitions- und Betriebskosten
- Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven
- Allgemeine Kostendegression bei Fallzahlsteigerung
- Defizite bei der Steuerungswirkung durch die Owe bei Über- und Unterversorgung

Konzeption der OWe „bei Feststellung der Unterversorgung und der Überversorgung“

Festsetzung derart, dass steuernde Wirkung
induziert wird



Anpassung der Morbi-GV

(1)

Bei der Anpassung des Behandlungsbedarfs sind insbesondere Veränderungen

1. der Zahl und der Morbiditätsstruktur der Versicherten,
2. Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs der Krankenkassen oder auf Beschlüssen des G-BA beruhen
3. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund von Verlagerungen von Leistungen zwischen dem stationären und dem ambulanten Sektor und
4. des Umfangs der vertragsärztlichen Leistungen auf Grund der Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven bei der vertragsärztlichen Leistungserbringung

zu berücksichtigen.

Anpassung der Morbi-GV (2)

Der Bewertungsausschuss beschließt ein Verfahren

- 1.zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs (erfolgt)
- 2.zur Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur (Juni 09)
- 3.zur Bestimmung von Veränderungen von Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen (Juni 09)

Die 3. Stufe der Honorarreform 2009

- 3. Stufe der Reform
- Einsatz des Patientenklassifikationssystems zur Morbiditätsbestimmung
- 30. Juni 2009 „D-Day“ für den Bewertungsausschuss.

I had a dream

Ende der Budgets

Morbiditätsrisiko
zu den KK

Betriebswirtschaft-
liches Honorar

Bedarfsorientierte
Vergütung



Wunsch und Wirklichkeit

- Im Einvernehmen mit der Vertreterversammlung hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Nordrhein die Honorarverhandlungen für das Jahr 2009 am Freitag für gescheitert erklärt.
- Das BMG habe die Ärzte „auf das Ärgste getäuscht“.
- Statt der vom BMG behaupteten kräftigen Erhöhung der Honorare für die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte sei eine Verschlechterung der Honorarsituation und damit der Versorgung nicht auszuschließen.

Die Lösung?

„man muss nicht als Vertragsarzt seine Patienten versorgen“

