



KBV

Kassenärztliche
Bundes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Erstanalyse der Honorarreform

Konzertierte Aktion KBV-Berufsverbände am 10. Februar 2009 in Berlin

Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der KBV

Agenda

- a. **Simulation und Realität der Datengrundlagen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung**
- b. Umsetzung und Analyse der Beschlüsse in den Ländern
- c. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009
- d. Konflikt in den Verhandlungen zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen
- e. Weiteres Vorgehen
- f. Sonstiges

Simulation und Realität

1. Erweiterter Bewertungsausschuss hat die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung 2009 bei seiner Beschlussfassung auf Basis der Gesamtvergütungen 2007 simuliert, weil für 2008 keine Daten verfügbar waren
2. Erweiterter Bewertungsausschuss vergleicht die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit der Gesamtvergütung 2007 (KBV unterbrach die Beratungen aus diesem Grund am 7./8. August 2008)
3. Ärzte vergleichen ihre in Aussicht stehenden Umsätze des 1. Quartals 2009 mit dem 1. Quartal 2008
4. Seit wenigen Tagen sind jetzt echte Abrechnungsdaten für das erste Halbjahr 2008 in der KBV und in den KVen verfügbar

Simulation des Erweiterten Bewertungsausschusses ergänzt um Hochrechnung der Gesamtvergütung 2007 um Grundlohnsummensteigerungsrate

Kassenärztliche Vereinigung	Simulierte Gesamtvergütung 2009 auf der Grundlage der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses im Jahr 2008	Veränderung 2009 zu 2007 in Mio. Euro und in Prozent		Veränderung 2009 zu 2008** in Mio. Euro und in Prozent	
Schleswig-Holstein	978,3	58,1	6,3%	52,3	5,7%
Hamburg	654,6	53,5	8,9%	49,6	8,2%
Bremen	266,7	18,9	7,6%	16,8	6,8%
Niedersachsen	3.056,9	433,2	16,5%	414,2	15,8%
Westfalen-Lippe	2.817,2	270,2	10,6%	250,3	9,8%
Nordrhein	3.306,5	202,1	6,5%	175,1	5,6%
Hessen	2.220,1	209,3	10,4%	195,1	9,7%
Rheinland-Pfalz	1.418,0	112,4	8,6%	102,7	7,9%
Baden-Württemberg	3.775,0	92,4	2,5%	62,3	1,7%
Bayern	4.967,4	294,4	6,3%	242,9	5,2%
Berlin	1.308,4	142,4	12,2%	134,6	11,5%
Saarland	398,5	47,4	13,5%	44,7	12,7%
Mecklenburg-Vorpommern	695,6	112,1	19,2%	107,5	18,4%
Brandenburg	922,3	128,0	16,1%	119,9	15,1%
Sachsen-Anhalt	905,3	147,1	19,4%	140,0	18,5%
Thüringen	828,7	163,7	24,6%	156,8	23,6%
Sachsen	1.608,2	265,9	19,8%	253,1	18,9%
Gesamt	30.392,7*	3.004,9	11,0%	2.783,0	9,7%
West	25.167,6	1.930,2	8,3%	1.740,7	7,5%
Ost	4.960,0	816,6	19,7%	777,3	18,8%

* einschließlich der erwarteten Vergütungen für Leistungen des Hautkrebs-Screenings und der U7a in Höhe von 265 Mio. Euro

** Gesamtvergütung 2008 hochgerechnet aus Gesamtvergütung 2007 weiterentwickelt um GLS-Steigerung 2008 0,64 %

Realität: Hochrechnung der Gesamtvergütung 2008 aus der Abrechnung des 1. Halbjahres 2008

Kassenärztliche Vereinigung	Simulierte Gesamtvergütung 2009 auf der Grundlage der Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses im Jahr 2008	Veränderung 2009 zu 2007 in Mio. Euro und in Prozent		Veränderung 2009 zu 2008** in Mio. Euro und in Prozent	
Schleswig-Holstein	978,3	58,1	6,3%	-7,4	-0,7%
Hamburg	654,6	53,5	8,9%	25,9	4,1%
Bremen	266,7	18,9	7,6%	8,4	3,2%
Niedersachsen	3.056,9	433,2	16,5%	318,0	11,6%
Westfalen-Lippe	2.817,2	270,2	10,6%	27,4	1,0%
Nordrhein	3.306,5	202,1	6,5%	18,3	0,6%
Hessen	2.220,1	209,3	10,4%	66,7	3,1%
Rheinland-Pfalz	1.418,0	112,4	8,6%	26,4	1,9%
Baden-Württemberg	3.775,0	92,4	2,5%	-134,7	-3,4%
Bayerns	4.967,4	294,4	6,3%	78,6	1,6%
Berlin	1.308,4	142,4	12,2%	72,4	5,9%
Saarland	398,5	47,4	13,5%	32,5	8,9%
Mecklenburg-Vorpommern	695,6	112,1	19,2%	71,2	11,4%
Brandenburg	922,3	128,0	16,1%	70,3	8,3%
Sachsen-Anhalt	905,3	147,1	19,4%	103,6	12,9%
Thüringen	828,7	163,7	24,6%	122,9	17,4%
Sachsen	1.608,2	265,9	19,8%	198,8	14,1%
Gesamt	30.392,7	3.004,9	11,0%	1.232,0	4,2%
West	25.167,6	1.930,2	8,3%	532,5	2,2%
Ost	4.960,0	816,6	19,7%	566,9	12,9%

* einschließlich der erwarteten Vergütungen für Leistungen des Hautkrebs-Screenings und der U7a in Höhe von 265 Mio. Euro

** Gesamtvergütung 2008 hochgerechnet aus den Abrechnungsdaten des 1. Halbjahrs 2008 (siehe Anlage)

Realität: Steigerungsraten des Gesamthonorars im 1. Halbjahr 2008 gegenüber dem 1. Halbjahr 2007*

Kassenärztliche Vereinigung	GKV-Honorar		Faktor GKV
	Honorar 1.Hj 2007	Honorar 1. Hj 2008	
Schleswig-Holstein	431.822.604	462.516.699	7,1%
Hamburg (1. Quartal)	188.407.671	197.059.091	4,6%
Bremen	162.977.696	169.862.948	4,2%
Niedersachsen	1.287.614.138	1.344.136.867	4,4%
Westfalen-Lippe	1.240.161.328	1.358.414.491	9,5%
Nordrhein	1.558.301.187	1.650.540.322	5,9%
Hessen	968.466.327	1.037.135.477	7,1%
Rheinland-Pfalz	639.942.029	682.101.858	6,6%
Baden-Württemberg	1.879.543.457	1.995.448.658	6,2%
Bayerns	2.386.747.272	2.497.004.810	4,6%
Berlin	610.522.270	647.158.882	6,0%
Saarland	174.810.333	182.247.126	4,3%
Mecklenburg-Vorpommern	279.280.754	298.847.712	7,0%
Brandenburg	352.304.913	377.858.602	7,3%
Sachsen-Anhalt	362.327.111	383.128.862	5,7%
Thüringen	347.323.830	368.606.876	6,1%
Sachsen	667.009.943	700.363.845	5,0%
Summe	13.537.562.866	14.352.433.127	6,0%

* Steigerung für Leistungen innerhalb der budgetierten Gesamtvergütung entsprechend der Grundlohnsumentensteigerung 2007/2008 um 0,64 %; die restliche Steigerung entfällt auf sog. „extrabudgetäre Leistungen“ außerhalb der Gesamtvergütung

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom August 2008 enthält daher Öffnung

1. Honorarsteigerungen in 2008 resultieren aus der Anpassung des EBM 2008 sowie regionalen Vereinbarungen zur Vergütung außerhalb der pauschalieren und budgetierten Gesamtvergütungen (z.B. Ambulante Operationen, Prävention, belegärztliche Leistungen)
2. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses nimmt diese Leistungsbereiche aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung heraus (besonders förderungswürdige Leistungen)
3. Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses enthält Möglichkeit zur Vereinbarung **regionaler Zuschläge zum Orientierungswert**, damit Abwertungen dieser Leistungen im Zusammenhang mit der Vereinheitlichung der Auszahlungspunktwerte auf das Niveau des Orientierungswertes vermieden werden

Auszug aus dem Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 08

Beschlussteil H

- Den Partnern der Gesamtverträge wird empfohlen, die Höhe der nach der Neubewertung dieser Leistungen zu zahlenden Vergütung auch unter Berücksichtigung der bisherigen gesamtvertraglichen Regelungen zu überprüfen und festzustellen, ob zur Sicherung einer angemessenen Vergütung ergänzende Regelungen erforderlich sind. Hierfür können leistungsbezogene Zuschläge zum Orientierungswert vereinbart werden.

Agenda

- a. Simulation und Realität der Datengrundlagen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- b. Umsetzung und Analyse der Beschlüsse in den Ländern**
- c. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009
- d. Konflikt in den Verhandlungen zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen
- e. Weiteres Vorgehen
- f. Sonstiges

Aber ...

Rahmenbedingungen der regionalen Verhandlungen am Beispiel einer Kassenärztlichen Vereinigung



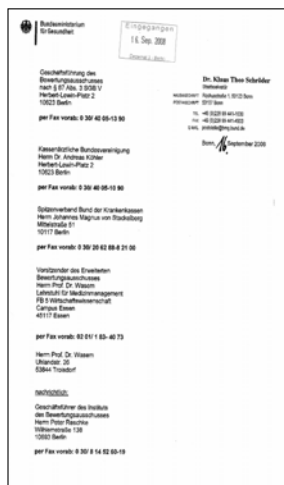
BMG-Schreiben vom 16. September 2008

Eröffnung neuer Spielräume für regionale Besonderheiten

„Hinweis“ des BMG:

„... Im Rahmen dieser Diskussion werden insbesondere die regionalen Auswirkungen dieser Regelungen auf die Versorgung der Versicherten mit vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 2009 problematisiert. Vor diesem Hintergrund halte ich es für sachlich geboten, die entsprechenden Regelungen noch einmal zeitnah bezüglich ihrer Versorgungswirkungen zu überprüfen und ggf. zeitnah anzupassen.“

Generell gehe ich davon aus, dass der Bewertungsausschuss die Regelungen im Rahmen seines großen Entscheidungs- und Gestaltungsspielraumes so ausgestalten kann, dass ggf. auftretende Versorgungsprobleme in einzelnen Regionen vermieden werden, ohne zugleich das finanzielle Gesamtergebnis des Beschlusses maßgeblich zu verändern.“



BMG-Schreiben vom 3. November 2008

Blockade der Möglichkeit zur Vereinbarung regionaler Zuschläge

- Nach den vorliegenden Rückmeldungen entsprach der regionale Regelfallpunktwert dem Orientierungswert in Höhe von 3,5001 Cent
- Blockade der Verhandlungen zu leistungsbezogenen Zuschlägen durch **BMG-Schreiben vom 03.11.2008:**

„Bezüglich der Empfehlung an die Partner der Gesamtverträge in Beschlussteil H, Ziffer 5 Satz 2 weise ich darauf hin, dass die dort genannten leistungsbezogenen Zuschläge zum Orientierungswert in einer gesetzeskonformen Auslegung ... allein aus Rückstellungen ... zu finanzieren sind.“

- Konsequenz:

Punktwert-Zuschläge konnten regional mit Verweis auf dieses Schreiben nur in begrenztem Umfang verhandelt bzw. im Schiedsamt festgesetzt werden.



BMG-Schreiben vom 24. November 2008

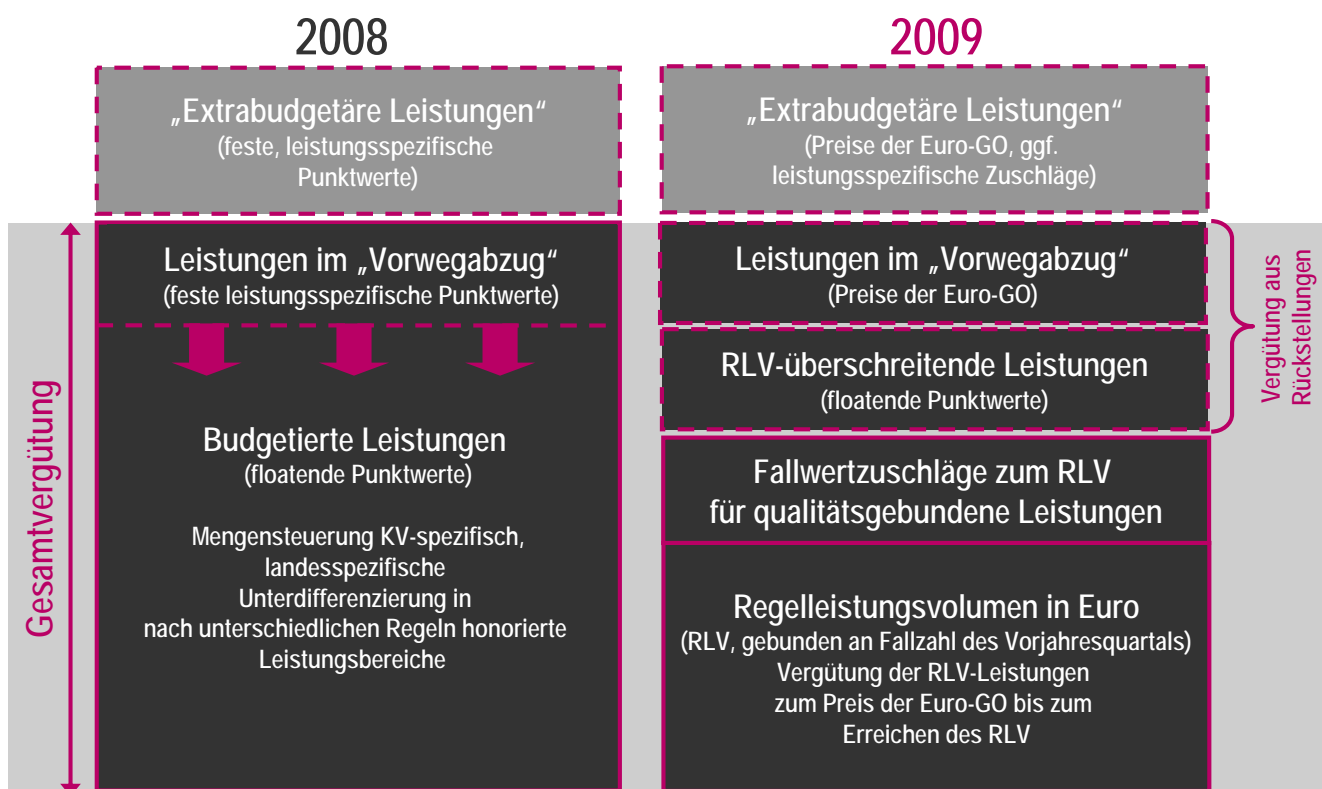
Bestätigung der KBV-Position nach Verhandlungsabschluss auf der Landesebene

Weiteres BMG-Schreiben vom 24.11.2008 mit Öffnungsklausel bestätigt Rechtsposition der KBV:

„... Die für Rückstellungen anzusetzenden Beträge dürfen damit die Gesamtvergütungen nicht soweit kürzen, dass diese ihrerseits nicht mehr ausreichen, um eine ausreichende Versorgung der Versicherten „im Regelbereich“ zu gewährleisten. Sollte dies ausnahmsweise nicht der Fall sein, so müsste ein Teil dieser Rückstellungen ggf. aus einem Zuschlag zum Orientierungswert finanziert werden. ... Ein Zuschlag wäre jedoch im Rahmen der in § 87a Abs. 2 Satz 2 SGB V getroffenen „insbesondere“-Regelung denkbar, wenn dieser zur Gewährleistung einer ausreichenden Sicherstellung der medizinisch notwendigen Versorgung erforderlich ist...“

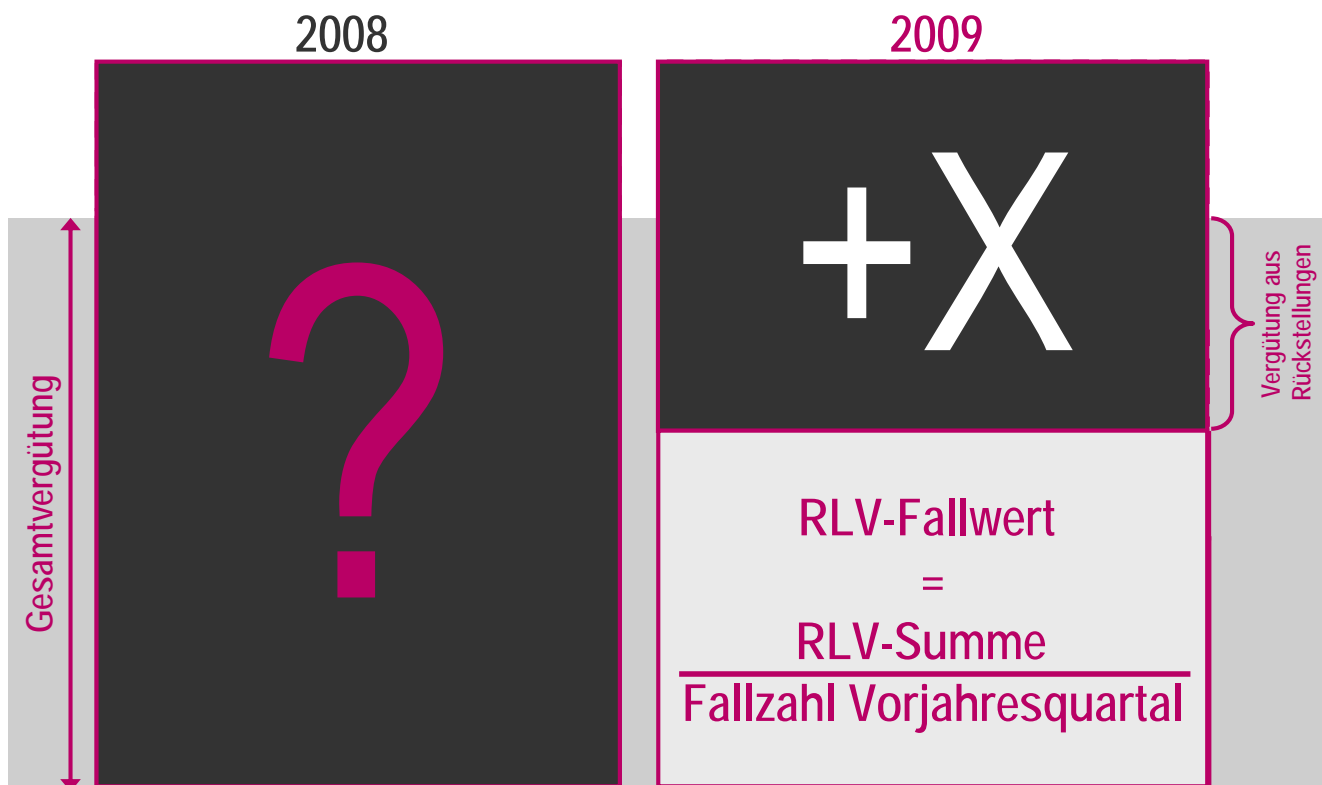


Vertragsärztliche Honorarbestandteile



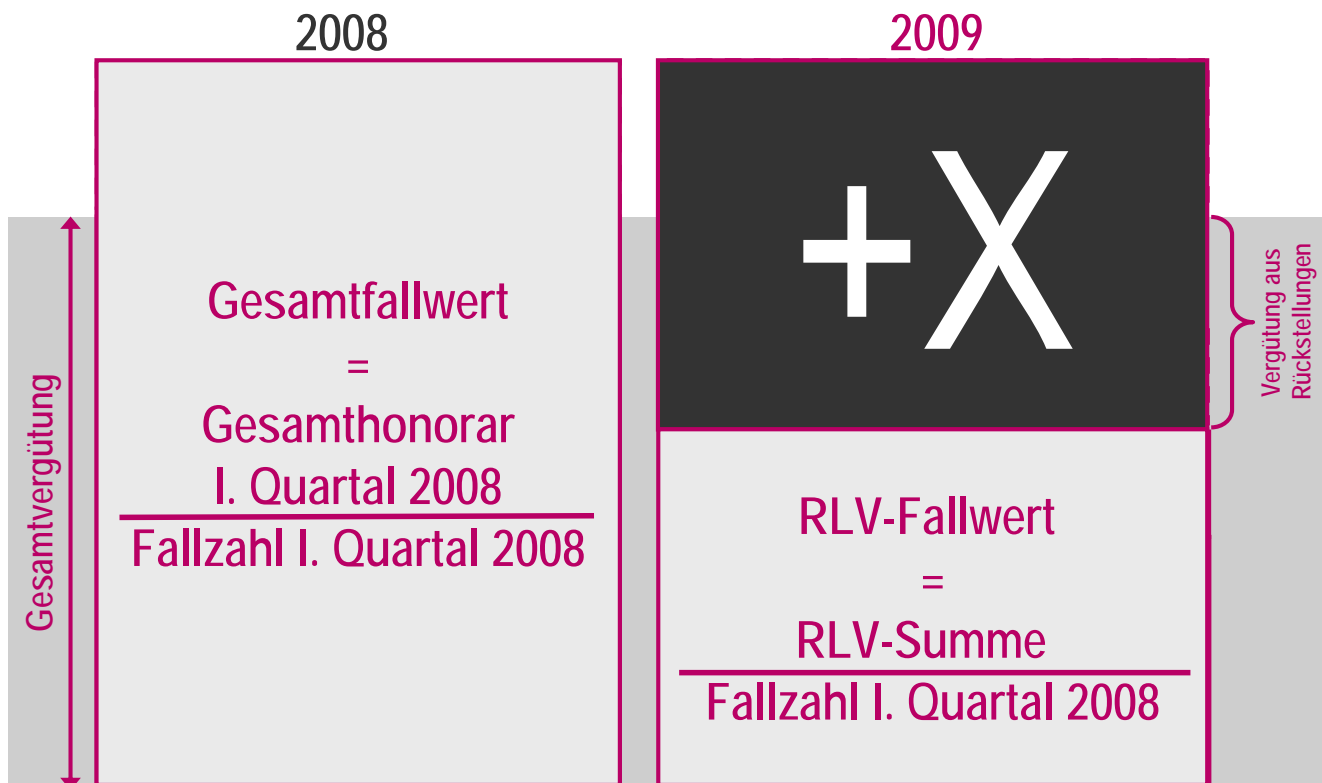
Dem Arzt vor Beginn des Quartals bekannter Anteil des „Fallwerts“

KBV



Dem Arzt vor Beginn *des I. Quartals 2009* bekannter Anteil des „Fallwerts“ (Fehlerhafter Vergleich führt zu Verunsicherung)

KBV





Beispiel Endokrinologen – Honorar 1. HJ 2008

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
 Alle Leistungserbringer, vertragsärztliche Versorgung
 1. Halbjahr 2008, gesamtes Bundesgebiet

Abrechnungsgebiet	LB Punkte je Arzt	LB Euro je Arzt	Honorar gesamt	Honorar je Arzt	Fälle je Arzt
Innere Medizin, SP Endokrinologie	2.357.926,3	107.769,18	14.714.516,02	173.111,95	2.289
1. Halbjahr 2008					

Honorar je Fall
75,64

Quelle: Abrechnungsstatistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung



Unzulässiger „Fallwertvergleich“ Endokrinologen Gesamtfallwert 2008 ≠ RLV-Fallwert 2009!

Honorar je Fall 1.HJ 2008
75,64

Alle Leistungen

Kassenärztliche Vereinigung	RLV-Fallwert 1/2009
KVSH	32,40
KVHH	46,15
KVHB	32,05
KVN	24,56
KVWL	33,75
KVNO	28,91
KVH	41,27
KVRLP	30,15
KVB	40,21
KVBN	33,83
KVSL	k.A.
KVBB	35,83
KVSA	34,51
KVT	41,75
KVS	20,12
Min	20,12
Max	46,15

Nur RLV-Leistungen

Quellen: Kassenärztliche Vereinigungen

Beispiel Endokrinologen – RLV-Anteil am Honorar liegt unter einem Drittel

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie
Honoraranteile einzelner Honorarbestandteile

Arztgruppe	Anteil Honorar gesamt am Honorar 2009 gesamt	Anteil Honorar aMVG am Honorar 2009 gesamt	Anteil Honorar MVG am Honorar 2009 gesamt	Anteil Honorar im RLV am Honorar 2009 gesamt	Anteil Honorar abgestaffelt vergütet am Honorar 2009 gesamt
1	2	3	4	5	6
Innere Medizin, SP Endokrinologie	100,0%	0,0%	100,0%	31,3%	8,8%

Anteil Honorar Vorwegabzüge am Honorar 2009 gesamt
7
59,9%

Quelle: RLV-Simulation der KBV

Höhe der Rückstellungen

Anteil der Finanzvolumen für die Bildung der RLV an der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne antrags- und genehmigungspflichtige Psychotherapie

	KV1	KV2	KV3	KV4
1	2	3	4	5
Finanzvolumen für RLV der Hausärzte	35,0%	27,3%	34,7%	39,2%
Finanzvolumen für RLV der Fachärzte	25,0%	42,1%	26,0%	30,9%
Finanzvolumen für RLV aller Arztgruppen	60,0%	69,4%	60,7%	70,2%

Quellen: Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, eigene Berechnungen

Rückstellungen/Vorwegabzüge je Arzt im Vergleich zu anderen KVen

	KV1 €	KV2 €	KV3 €	KV4 €
1	2	3	4	5
Hausärzte	11.938	7.894	12.062	7.872
Fachärzte	22.356	12.826	22.727	17.445
Summe	17.526	11.242	17.977	12.965

Quellen: Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Abrechnungsstatistik der KBV, eigene Berechnungen

Gewinner / Verlierer aus RLV-Umsetzung

RLV-Fallwerte 2009 ausgewählter Arztgruppen im Vergleich
zum entsprechenden fiktiven Fallwert* 2008

Arztgruppe	KV1			KV2			KV3			KV4		
	2008 €	2009 €	Veränd. %	2008 €	2009 €	Veränd. %	2008 €	2009 €	Veränd. %	2008 €	2009 €	Veränd. %
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Hausärzte	44,87	40,34	-10,1%	37,69	37,08	-1,6%	46,17	42,73	-7,4%	35,87	38,25	6,6%
Augenärzte	20,43	20,85	2,1%	24,64	24,10	-2,2%	23,63	21,00	-11,1%	21,67	20,91	-3,5%
Chirurgen	31,71	30,98	-2,3%	31,28	31,17	-0,4%	34,53	26,48	-23,3%	28,74	25,88	-9,9%
Gynäkologen	16,33	15,30	-6,3%	13,87	23,02	65,9%	12,66	16,00	26,3%	13,10	16,63	27,0%
HNO-Ärzte	31,56	27,00	-14,4%	30,23	33,57	11,0%	38,17	33,31	-12,7%	28,83	27,59	-4,3%
Haut-Ärzte	19,23	17,13	-10,9%	22,03	22,11	0,3%	21,96	19,47	-11,3%	17,84	16,07	-9,9%
Internisten o. SP	40,20	44,34	10,3%	32,15	57,18	77,8%	53,96	48,73	-9,7%	35,85	39,54	10,3%
Kardiologen	63,25	56,15	-11,2%	59,04	65,39	10,8%	101,82	72,00	-29,3%	42,42	unter- gliedert	
Nervenärzte	47,40	43,44	-8,4%	46,41	unter- gliedert		52,63	55,37	5,2%	32,74	unter- gliedert	
Psychiater (PT<30%)	62,21	43,93	0,0%	67,48	42,23	-37,4%	82,35	60,77	-26,2%	36,53	35,84	-1,9%
Radiologen mit CT und MRT	61,09	68,95	12,9%	69,81	90,56	29,7%	84,55	68,25	-19,3%	38,72	andere Einteilung	
Urologen	26,33	27,14	3,1%	25,35	31,33	23,6%	29,95	28,66	-4,3%	20,55	24,87	21,0%

Quellen: Berechnungen der Kassenärztlichen Vereinigungen, Abrechnungsstatistik der KBV

* Bewertung des Fallwertes in Punkten mit rechnerischem Punktwert für budgetierte Leistungen

RLV-Problematik aus Sicht einer KV

Theoretischer Ansatz

Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung = angeforderte Punktzahl 2007

multipliziert mit

- HVV-Quote 91,33%
- EBM-Effekt 2008 + 9,7%
- Morbifaktor + 5,1%
- und dem Orientierungswert von 3,5001 Cent



Ca. 96% der Punktzahl aus 2008 kann mit dem Orientierungswert vergütet werden

bzw. Punktzahl aus 2008 kann mit einem Punktwert von 3,36 Cent vergütet werden

RLV-Problematik aus Sicht einer KV

Realität

Ausgangspunktswert 3,36 Cent

- | | | | |
|----|--|----------|---|
| 1. | Tatsächlicher EBM-Effekt ca. 8,3% | → Ø PW | 3,41 Cent |
| 2. | Rückstellungen für neue Ärzte, Praxisbesonderheiten, Härtefallregelung und Fehlschätzungen | → Ø PW | 3,28 Cent |
| 3. | Rückstellungen für Überschreitungsleistungen | → Ø PW | 3,18 Cent |
| 4. | Rückstellungen für Mengenanstieg, qualitätsgebundene und freie Leistungen | → Ø PW | 3,13 Cent |
| 5. | Vergütung der nicht RLV-Arztgruppen sowie der freien Leistungen mit 3,5 Cent | → RLV-PW | 3,01 Cent
(3,07 Cent HÄ)
(2,95 Cent FÄ) |

Zwischenfazit der KBV

Überprüfung regionaler Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen

- Die im Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vorgesehenen Zuschläge für den Erhalt des bisherigen regionalen Vergütungsniveaus für besonders förderungswürdige Leistungen wurden nur unzureichend umgesetzt (Schiedsverfahren auf Landesebene unter Einfluss des mittlerweile relativierten BMG-Schreibens vom 03.11.2008)
- Die dadurch regional resultierende deutliche Verminderung der Vergütung besonders förderungswürdiger Leistungen, insbesondere ambulanter Operationen und belegärztlicher Leistungen ist dringend zu korrigieren!

Zwischenfazit der KBV

EBM-Kalkulation passt nicht mehr zum Orientierungswert

- Der Orientierungswert bzw. Regelfallpunktwert der regionalen Eurogebührenordnungen für das Jahr 2009 wurde auf 3,5001 Cent festgelegt und liegt damit 31,5 % unter dem kalkulatorischen Punktwert des EBM (5,11 Cent)
- Im Vergleich mit der EBM-Kalkulation resultiert bei den Leistungen, deren Bewertungen im EBM 2009 nicht angehoben wurden, eine Unterdeckung der Kosten in gleicher Höhe
- Dies führt in der Realität dazu, dass für diese Leistungen z.B. an Stelle des für den EBM festgelegten kalkulatorischen Arztlohns in Höhe von 105.571,80 € nur 72.316,68 € bezahlt werden

Die Schere zwischen EBM-Kalkulation und Vergütung ist durch die unmittelbare Anbindung des kalkulatorischen EBM-Punktwerts an den jeweils gültigen Orientierungswert zu schließen!

Agenda

- a. Simulation und Realität der Datengrundlagen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- b. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 und 23. Oktober 2008
- c. Umsetzung und Analyse der Beschlüsse in den Ländern
- d. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009**
- e. Konflikt in den Verhandlungen zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen
- f. Weiteres Vorgehen
- g. Sonstiges

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses am 15. Januar 2009

Konvergenzphase zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste bei der Vereinheitlichung der bisher regionalspezifischen Honorarverteilung

- Korridorlösung mit regionaler Festlegung von prozentualen Honorarverlust- bzw. Honorarzuwachsbeschränkungen (=Kappung überproportionaler Gewinne zum Ausgleich überproportionaler Verluste)
- GKV-Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und aus Vorwegabzügen werden mit einbezogen
- Begleitende Option zur Feststellung von Praxisbesonderheiten auf Basis landesspezifischer Kriterien
- Konvergenz auf bundeseinheitliche Mengensteuerung über 7 Quartale mit Wirkung ab 01. April 2009 bis zum 31. Dezember 2010
- KVen, die RLV für das I. Quartal 2009 unter Vorbehalt zugewiesen haben, können die Regelung auch rückwirkend ab 01. Januar 2009 anwenden

Agenda

- a. Simulation und Realität der Datengrundlagen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- b. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 und 23. Oktober 2008
- c. Umsetzung und Analyse der Beschlüsse in den Ländern
- d. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009
- e. **Konflikt in den Verhandlungen zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen**
- f. Weiteres Vorgehen
- g. Sonstiges

Bereinigung der RLV bei Selektivverträgen

- Einvernehmlicher Beschluss des Bewertungsausschusses zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bei Selektivverträgen am 25. November 2008
- Weiterführender Beschluss zur Bereinigung der RLV regelt die Umlage der Bereinigung auf die Ärzte/Praxen im Kollektivvertrag

KBV Grundsatz-Position

Regelleistungsvolumen von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Ärzten werden auch nicht bereinigt!

- KBV Position wurde in der Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 22. Januar 2009 abgelehnt
- Erweiterter Bewertungsausschuss fasst einen Beschluss zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen **in Abwesenheit der KBV**

Bewertung des Beschlusses aus Sicht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

- Beschluss ohne KBV formal rechtswidrig, die Geschäftsordnung verlangt die Anwesenheit aller Mitglieder des Erweiterten Bewertungsausschusses
- Beschluss ist inhaltlich rechtswidrig, die Menge der abrechenbaren Leistungen kann nicht von einem Selektivvertrag, an dem andere Ärzte partizipieren, abhängig sein

Warum soll ein Arzt in Köln bei der Versorgung seiner Patienten weniger Leistungen erbringen dürfen, wenn eine Krankenkasse mit Ärzten in Düsseldorf einen Selektivvertrag abschließt?

- KBV betrachtet den Beschluss als ungültig
 - ↳ Aufforderung an das BMG zur Beanstandung des Beschlusses im Rahmen der aufsichtsrechtlichen Prüfung
 - ↳ Erhebung der Anfechtungsklage vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (aufschiebende Wirkung)

Agenda

- a. Simulation und Realität der Datengrundlagen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- b. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 und 23. Oktober 2008
- c. Umsetzung und Analyse der Beschlüsse in den Ländern
- d. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009
- e. Konflikt in den Verhandlungen zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen
- f. Weiteres Vorgehen**
- g. Sonstiges

Derzeitiges Dilemma der Vertragsärzte

- Unerträgliche Situation für Vertragsärzte, -psychotherapeuten und die Körperschaften
- Die völlig überregulierte Systemsteuerung versagt sowohl im Kollektiv- wie im Selektivvertragsbereich
- Ärzte wollen aus dem System heraus, aber nicht ohne den teilweisen Schutz des Kollektivvertrags und der KVen
- Es gibt keine Wettbewerbsordnung
- Vor dem Hintergrund der Wirtschaftskrise wird im Kollektivvertrag kein zusätzliches Geld bereit gestellt

Lösungsansätze

Kurzfristig

Noch im Februar 2009

- Nutzung der Übergangsregelung zur Abmilderung der HVV-Auswirkungen
- Einberufung eines Erweiterten Bewertungsausschusses mit der Einforderung
 - einer vollständigen Umsetzung der Zuschläge zum Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung auf Landesebene
 - einer vollständigen Herausnahme der Leistungen nach § 115b SGB V und aller belegärztlichen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Lösungsansätze

Mittelfristig

Bis zum 01. Juli 2009

- Anpassung der Mengensteuerung, insbesondere der RLV-Systematik wie unten beschrieben

Bis zum 01. September 2009

- Umstellung des kalkulatorischen Punktwertes im Standardbewertungssystem des EBM (STABS) auf den Orientierungswert von derzeit 3,5001 Cent für alle Leistungen
- Verbindliche Perspektive zur Ermittlung des Behandlungsbedarfs je Versicherten ab 01. Januar 2010

Zeitplanung für die innerärztliche Abstimmung aller wesentlichen Schritte

- ↪ Beratung mit den Berufsverbänden am 10. Februar 2009
- ↪ Verfeinerung der Inhalte auf Klausurtagungen der K(B)V-Gremien bis April 2009
- ↪ Erneute Beratung mit den Berufsverbänden im April 2009
- ↪ Beschluss auf der Vertreterversammlung am 18. Mai 2009
- ↪ öffentliche Positionierung auf dem Kassenärztetag am 03. Juli 2009

Eskalationsstrategien bis September 2009 bei Scheitern der Verhandlungen

- Unterstützung der Vertragsärzte bei der Rationierung nicht bezahlter Leistungen
- Öffentliche Debatte um Rationierung und Priorisierung
- Punktuelle Praxisschließungen, Aufbau von Wartelisten
- Punktuelle Protestaktionen
- Aufbau eines Korbmodells für den Rücktritt der K(B)V-Vorstände

Maximale Eskalation vor dem Hintergrund der Bundestagswahl 2009

- Rücktritt der K(B)V-Vorstände
- Flächendeckende Praxisschließungen
- Flächendeckende Potestaktionen

Sitzung des Erweiterten Bewertungsausschusses am 27. Februar 2009

- KBV-Antrag zur vollständigen Herausnahme von Leistungen nach § 115b SGB V und von belegärztlichen Leistungen aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- KBV-Antrag zur verbindlichen Umsetzung der regionalen Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen
- KBV-Antrag zur Ankündigung der Überprüfung und Anpassung des RLV-Beschlusses mit Wirkung zum 01. Juli 2009
- KBV-Antrag zur Anpassung des Konvergenzbeschlusses (Behebung von Widersprüchlichkeiten aus der Kompromissfindung)
- Beschluss zur Schaffung einer Abrechnungsmöglichkeit im EBM für delegationsfähige Leistungen bei Versorgung von Patienten in deren häuslichen Umfeld

Delegationsfähige Leistungen

- Gesetzliche Vorgabe zur Aufnahme einer Abrechnungsposition zur „Vergütung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen anderer Personen nach § 28 Abs. 1 Satz 2 SGB V“ mit Wirkung zum 01. Januar 2009
- Anrufung des Erweiterten Bewertungsausschusses nach Fristüberschreitung durch das Bundesministerium für Gesundheit
- Diametrale Gegensätze zwischen KBV und GKV-Spitzenverband
 - Mindestqualifikation des Medizinischen Fachpersonals
 - Flächendeckendes Angebot der Leistung vs. Beschränkung auf unterversorgte Regionen
 - Vergütung als neue Leistung
- Erweiterter Bewertungsausschuss will am 28. Februar 2009 beschließen
 - Beschluss zur Bewertung soll kein Präjudiz für die spätere Grundsatzentscheidung zum Punktwert der EBM-Kalkulation sein

Beschlussfassung im (Erweiterten) Bewertungsausschusses im 2. Quartal 2009

- Zur Umstellung des kalkulatorischen Punktwertes des EBM von 5,11 Cent auf den jeweils gültigen Orientierungspunktwert (aktuell 3,5001 Cent) und dementsprechende Anpassung der Leistungsbewertungen
 - ↳ Der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses hat die bisher zum 01. April 2009 geplante Aufnahme von neuen Leistungen in den EBM bis zu dieser Grundsatzentscheidung zurück gestellt; betroffene Leistungen:
 - Balneophototherapie
 - Neugeborenen Hörscreening
 - Intravitreale Injektion
 - Versorgung von HIV-/AIDS-Patienten (die bisherigen regionalen Vereinbarungen werden entsprechend verlängert!)
- Zur Überarbeitung des RLV-Beschlusses vom 27./28.08. und 23.10.2008

Planungen zur Anpassung der Mengensteuerung **Vollständige Überarbeitung des Beschlusses zu den RLV mit Wirkung zum 1. Juli 2009**

1. Zusatzregelleistungsvolumen
 - Einführung von arztgruppenspezifischen regional zu berechnenden Zuschlägen zum RLV in Euro für qualifikationsgebundene Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich, die mit dem RLV verrechnet werden können
 - Überprüfung der Zuschläge im hausärztlichen Versorgungsbereich mit dem Ziel der Höherbewertung der entsprechenden Leistungen und Anpassung analog zum fachärztlichen Bereich
 - Entsprechende Anpassung des Zuschlages Teilradiologie
 - Möglichkeit, regional zu differenzieren in Gruppen mit über- und unterdurchschnittlicher Leistungserbringung

Planungen zur Anpassung der Mengensteuerung

Vollständige Überarbeitung des Beschlusses zu den RLV mit Wirkung zum 1. Juli 2009

2. Steuerung der Leistungen im Vorwegabzug
 - Leistungen im Vorwegabzug müssen im Volumen begrenzt werden
 - Gilt auch für Arztgruppen ohne RLV
3. RLV für kleine Arztgruppen
 - Anstelle des regionalen Wertes kann ein bundesweiter verwendet werden
4. Bildung eines eigenständigen Vergütungsbereichs für Psychotherapie
5. Labor wird vor der Trennung vergütet

Planungen zur Anpassung der Mengensteuerung

Vollständige Überarbeitung des Beschlusses zu den RLV mit Wirkung zum 1. Juli 2009

6. Herausnahme von Leistungen aus dem RLV
 - Bronchoskopie, Gastroskopie, nephrologische Leistungen
 - Narkosen Kapitel 5 EBM
 - Gesprächsleistungen der Psychiater, Nervenärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Fachärzte für psychosomatische Medizin
7. Überprüfung und ggf. Anpassung der Fallzählung

Weitere Beschlussfassung Labor

Umsetzung geplant ab 01.04.2009 ff.

Ab 01. April 2009

- Ausgliederung von in Leistungskomplexen außerhalb Kapitel 32 enthaltenen Leistungen des Allgemeinlabors
- Ggf. Erste Maßnahmen zur Mengensteuerung in der Humangenetik

Weitere Maßnahmen im Jahr 2009/mit Aufnahme im Jahr 2009

- Verkürztes HTA-Verfahren
- Streichung obsoleter GOP für „ähnliche Untersuchungen“
- Erarbeitung der Anlage zu den BMV mit der Benennung der „Kernleistungen je Arztgruppe“, welche ab 01.01.2014 in „Selbstzueisung“ erbracht werden können

Agenda

- a. Simulation und Realität der Datengrundlagen für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- b. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 27./28. August 2008 und 23. Oktober 2008
- c. Umsetzung und Analyse der Beschlüsse in den Ländern
- d. Beschlüsse des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 15. Januar 2009
- e. Konflikt in den Verhandlungen zur Bereinigung der Regelleistungsvolumen bei Selektivverträgen
- f. Weiteres Vorgehen
- g. Sonstiges**

Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung gemäß § 37b SGB V (SAPV)

- Nach Abstimmung des Verordnungsformulars hat sich der Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses am 04. Februar 2009 auf die Vergütung verständigt
- Aufnahme von Gebührenordnungspositionen in das Kapitel 40 des EBM für die Kostenerstattung
 - Erstverordnung 25 Euro
 - Folgeverordnung 15 Euro
- Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Kurzfristige Klärung noch offener Detailfragen zur Verordnung von Arznei-, Heil und Hilfsmitteln
- Umsetzung mit Wirkung ab 01. April 2009

Aufnahme einer Gebührenordnungsposition für die Apherese bei isolierter LP(a)-Erhöhung

- Aufnahme einer der GOP 13620 (*Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese*) analogen Gebührenordnungsposition in den EBM für die LP(a)-Apherese entsprechend der Beschlussfassung des Gemeinsamen Bundesausschusses mit Wirkung ab 01. April 2009
- Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung
- Überprüfung der Eingliederung dieser Leistung in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung mit Wirkung zum 31. Dezember 2011

Anschlussregelung zur Onkologie- und Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

- Die Übergangsregelung zur Fortführung der kassenseitig zum Jahresende 2008 gekündigten Onkologie- und Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen läuft am 31. März 2009 aus
- Konsens über Abschluss von Anschlussregelungen zur Onkologie- und Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mit Wirkung ab 01. April 2009
- GKV-Spitzenverband besitzt nur Mandat für „aktive Beitrittsregelung“, d. h. einer Rahmenvereinbarung, welche erst durch Beitritt von Kassen und KVen wirksam wird; damit keine bindende Wirkung wie bei der Übergangsregelung für das erste Quartal 2009

Anschlussregelung Onkologievereinbarung **Forderungen des GKV-Spitzenverbands**

Deutliche Verschärfung der Teilnahmevoraussetzungen

- Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Onkologie
oder
 - Andere Facharztqualifikation mit Zusatzbezeichnung Medikamentöse Tumorthherapie
- und**
- Betreuung von durchschnittlich 200 Patienten mit hämatologischen oder soliden Neoplasien je Quartal und Arzt in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung, darunter 120 Patienten mit antineoplastischer Therapie, davon 50 mit intravenöser oder intrakavitärer antineoplastischer Therapie
 - Weitere Mindestanforderungen an Fortbildung, Praxisorganisation und Personalqualifikation

Anschlussregelung Onkologievereinbarung

Forderungen der KBV

- Optimierung der Qualität und des Versorgungsumfangs der Patientenversorgung
- Erweiterung um Maßnahmen der supportiven Tumor(chemo-)therapie und ggf. Transfusionsleistungen (Kassen sagen Prüfung zu)
- Festlegung der Qualifikationsvoraussetzungen unter Berücksichtigung der flächendeckenden Sicherstellung einer hochqualitativen Versorgung von Patienten mit hämatologischen oder soliden Neubildungen
- Ausreichende Übergangsregelungen für bereits an der Onkologievereinbarung teilnehmende Ärzte, welche nicht alle neuen Zugangsbedingungen erfüllen
- Angemessene Vergütung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Anschlussregelung Onkologievereinbarung

Weiteres Prozedere

- Aufnahme noch ausstehender Stellungnahmen betroffener Berufsverbände durch die KBV am 10. Februar 2009
- GKV-Spitzenverband hat ebenfalls noch internen Abstimmungsbedarf
- Nächstes Gespräch KBV/GKV-Spitzenverband am 09./19. März 2009
- Finale Verhandlung und Abschluss bis Mitte März 2009 (falls nicht erreichbar, Prolongation der Übergangsregelung)

Anschlussregelung Sozialpsychiatrievereinbarung

- Erste Erörterung zwischen GKV-Spitzenverband und KBV am 03. Februar 2009
- KBV beabsichtigt weitgehend unveränderte Übernahme der bewährten Inhalte der EKV-Vereinbarung unter Prüfung der Bewertungen
- KBV fordert auf Grund des gesetzlichen Förderungstatbestandes eine Anschlussvereinbarung ab 01.04.2009 i. S. einer für Kassen und KVen bindenden „passiven Beitrittsregelung“ (KBV hat sich hierzu auch an das BMG gewandt)
- GKV-Spitzenverband hat das Vorhaben der Überprüfung der Bewertungen und Aufnahme von Vorgaben zur Evaluation angekündigt
- Nächster Beratungstermin am 11. Februar 2009
- Finale Verhandlung und Abschluss bis Mitte März 2009 (falls nicht erreichbar, Prolongation der Übergangsregelung)

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!