

# Düsseldorfer Symposium für Vertragsärzte 2011



Kassennärztliche Vereinigung  
Nordrhein

**- Neues bei der vertragsärztlichen Vergütung -  
Was habe ich zu beachten?**

# Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses

# GKV-Finanzierungsgesetz (GKV-FinG)

## ■ Orientierungspunktwert

- Der Orientierungspunktwert wird 2011/2012 auf dem aktuellen Niveau (3,5048 Ct.) festgeschrieben.

# GKV-Finanzierungsgesetz

## ■ Steigerungsraten

- Der Behandlungsbedarf je Versicherten (= Faktor zur Ermittlung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung) wird 2011/2012 jeweils um **1,25 % (statt 0,75 %)** zum Vorjahr erhöht.
- Keine Berücksichtigung...
  - der Verlagerung stationärer Leistungen in den ambulanten Bereich
  - des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

# GKV-Finanzierungsgesetz

- Für das Jahr 2011 bildet die vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2010 den Aufsatz für die Ermittlung des Behandlungsbedarfs.
- Für das Jahr 2012 wird die vereinbarte und unbereinigte Leistungsmenge je Versicherten des Jahres 2011 als Aufsatz herangezogen.

# GKV-Finanzierungsgesetz

- Asymmetrische Verteilung der Vergütung
  - Die asymmetrische Verteilung der Vergütung wird für 2011 gesetzlich geregelt.
  - Anpassung des Behandlungsbedarfs bei Unterschreitung eines vom Bewertungsausschuss festzulegenden Wertes.

# GKV-Finanzierungsgesetz

- Die Entwicklung der extrabudgetären Leistungen wird 2011 auf die um 0,25 Prozentpunkte (statt um die Hälfte) verminderte Grundlohnsteigerung begrenzt. 2012 erfolgt ein Abschlag auf die Grundlohnrate von 0,5 Prozentpunkten. Die Selbstverwaltung hat sich auf obligatorische Steuerungsinstrumente zu verständigen (Preisabstaffelungen, Mengenquotierungen etc.).
- Präventions- und Früherkennungsleistungen und nichtärztliche Dialyseleistungen bleiben ungedeckt.

# GKV-Finanzierungsgesetz

- Besondere Orientierungspunktwerte im Falle von „Über- bzw. Unterversorgung“ werden ausgesetzt
- Stattdessen: Wiederaufleben der 2009 ausgelaufenen Sicherstellungszuschläge nach § 105 SGB V



# GKV-Finanzierungsgesetz

- Für die **Hausarztzentrierte Versorgung** (HZV) gilt der Grundsatz der Beitragssatzstabilität
  - Die Vergütung in Verträgen (Schiedssprüchen) nach § 73b SGB V darf nicht höher sein als im Kollektivvertrag (Bezug: kassenartenübergreifender durchschnittlicher Fallwert je KV).
  - Höhere Honorare in der HZV sind zulässig, soweit sie durch Effizienzgewinne oder Einsparungen ausgeglichen werden.
  - Neuverträge bzw. Schiedssprüche sind der für die Kasse zuständigen Aufsichtsbehörde vorzulegen (Beanstandungsrecht innerhalb von zwei Monaten).
  - Für Bestandsverträge gilt Vertrauensschutz bis Juni 2014.

# Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- Beschlüsse des Bewertungsausschusses und des Erweiterten Bewertungsausschusses



# Vertragsärztliche Vergütung

## ■ Asymmetrische Verteilung

- Methode: Anpassung des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs je Versicherten in einer KV-Region, wenn dieser einen vom Bewertungsausschuss festzulegenden Schwellenwert unterschreitet.

# Vertragsärztliche Vergütung

Festlegung eines Schwellenwertes:

- Der Schwellenwert ist der mit der Anzahl der Versicherten gewichtete und um 0,75% gesteigerte durchschnittliche kassenübergreifende Behandlungsbedarf je Versicherten derjenigen Kassenärztlichen Vereinigungen, die im oberen Terzil aller Kassenärztlichen Vereinigungen liegen.
- Der Schwellenwert beträgt 10.465,6 Punkte je Versicherten.
- Die asymmetrische Steigerungsrate je KV-Bezirk wird durchgeführt, wenn der KV-spezifische Behandlungsbedarf unter dem Schwellenwert liegt, maximal jedoch

# Welche KV kommt in welche Gruppe

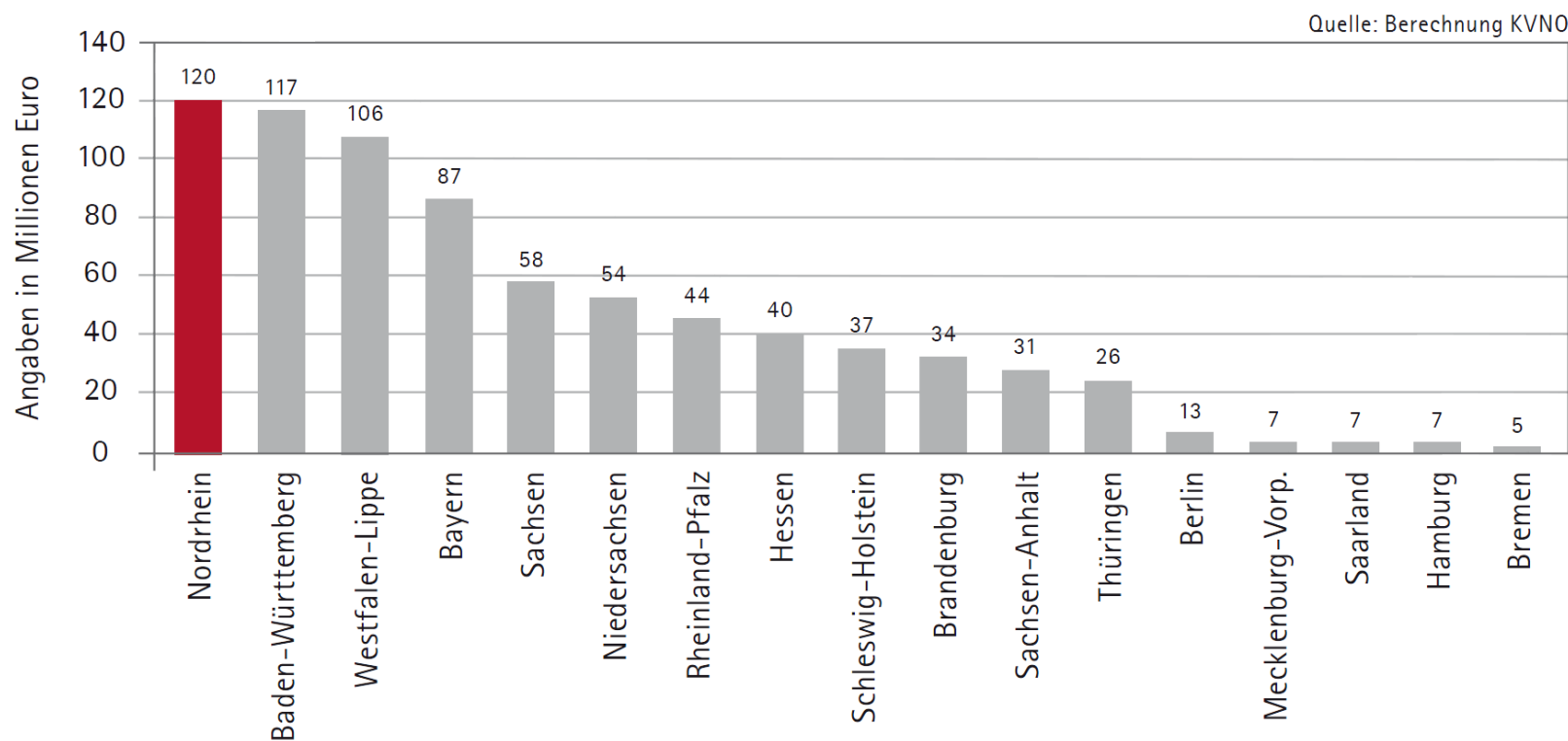
<b>Gruppe 1</b>	KVen mit einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) pro GKV-Versicherten mit weniger als 9.310 Punkten (= 326 Euro)	Zuwachs von 3,46%
<b>Gruppe 2</b>	KVen mit einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro GKV-Versicherten zwischen 9.310 und 9.730 Punkten (also zwischen 326 und 341 Euro)	Zuwachs von 2,72%
<b>Gruppe 3</b>	KVen mit einer morbiditätsbedingten Gesamtvergütung pro GKV-Versicherten über 9.730 Punkten (also über 341 Euro)	Zuwachs von 1,05%

# Anhebung aus der Asymmetrie

KV	Behandlungsbedarf je Versicherten	Behandlungsbedarf je Versicherten x OW Euro	Klasse	Differenz aus Asymmetrie	
				Prozentual	Absolut Euro
Schleswig-H.	9.212	322,85	1	3,46	11,17
Hamburg	10.614	372,00	4	0,00	0,00
Bremen	10.365	363,28	3	0,97	3,52
Niedersachsen	9.943	348,48	3	1,05	3,66
<b>Westfalen-Lippe</b>	<b>8.780</b>	<b>307,73</b>	<b>1</b>	<b>3,46</b>	<b>10,65</b>
<b>Nordrhein</b>	<b>9.062</b>	<b>317,62</b>	<b>1</b>	<b>3,46</b>	<b>10,99</b>
Hessen	9.841	344,92	3	1,05	3,62
Rh.-Pfalz	9.345	327,54	2	2,72	8,91
Baden-Würt.	9.497	332,84	2	2,72	9,05
Bayern	10.328	361,87	3	1,05	3,80
<b>Berlin</b>	<b>10.948</b>	<b>383,69</b>	<b>4</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
Saarland	10.328	361,97	3	1,05	3,80
Meck.-Vorp.	10.529	369,03	4	0,00	0,00
Brandenburg	9.285	325,42	1	3,46	11,26
Sachsen-Anhalt	8.899	311,90	1	3,46	10,79
Thüringen	9.375	328,57	2	2,72	8,94
Sachsen	9.294	325,74	1	3,46	11,27
<b>Durchschnitt</b>	<b>9.628</b>	<b>337,43</b>		<b>2,13</b>	<b>7,19</b>

# Honorarzuwachs

## Zuwachs der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2011



© KV Nordrhein

Udo Brundiek



Kassennärztliche Vereinigung  
Nordrhein

# Versorgungsbereichsspezifische Vergütungsvolumen

	Hausärzte	Fachärzte	Summe
3. Quartal 2010	237.293.203,67	267.523.053,59	504.816.257,26
4. Quartal 2010	247.353.713,66	277.109.895,79	524.463.609,45
1. Quartal 2011	258.632.043,89	290.437.865,29	549.069.909,18





# Honorarentwicklung Fachärzte

	1/2010	1/2011	Veränderung
RLV ohne Stützung bestimmter Fachgruppen	149.825.215,31	113.011.331,03	-36.813.884,28
Stützungen bestimmter Fachgruppen	-	15.810.261,80	15.810.261,80
RLV mit Stützung bestimmter Fachgruppen	149.825.215,31	128.821.592,83	-21.003.622,48
QZV	-	28.583.936,75	28.583.936,75
zzgl. Beträge aus Rückstellung	14.174.794,18	19.978.655,48	5.803.861,30
Vorwegabzüge	110.871.188,32	105.704.800,70	-5.166.387,62
Honorarvolumen ohne Einzelleistungen	274.871.197,81	283.088.985,76	8.217.787,95

# ■ Verlängerung der Konvergenzphase

- Die Konvergenzphase wird bis zum 31. Dezember 2011 verlängert.
- Bestehende Differenzen aus der Konvergenz im Vergleich zum Beschluss sind in quartalsweise erfolgenden Schritten bis zum 31. Dezember 2011 vollständig aufzuheben.

# RLV-Fallzählung

- Der Bezugszeitraum für die RLV-Fallzählung wird generell auf das Vorjahr festgelegt. Dies gilt sowohl für die Ermittlung der Regelleistungsvolumina als auch für die qualitätsgebundenen Zusatzvolumen.

# Zuschläge

- Vereinbarte Zuschläge für das Jahr dürfen für die Jahre 2011 und 2012 nicht angepasst werden (z. B. ambulantes Operieren).
- Darüber hinausgehende Zuschläge auf die Orientierungswerte dürfen nicht vereinbart werden.

# Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren

## Zuschläge zur Förderung der Berufsausübungsgemeinschaften und der Medizinischen Versorgungszentren?

- Die bisherige Regelung gilt bis zum 30. Juni 2011.
- Ab dem 01. Juli 2011 wird auch der Kooperationsgrad berücksichtigt.
- Damit soll der Zuschlag ohne gemeinsame Patientenversorgung ausgeschlossen werden.
- Definition des Kooperationsgrades:  
Kooperationsgrad (KG) je Abrechnungsquartal in Prozent =  $\left( \frac{\text{Summe Arztfälle (AF)} \text{ im Vorjahresquartal}}{\text{Summe Behandlungsfälle (BHF) im Vorjahresquartal}} - 1 \right) * 100$

## Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren

- Bei nicht standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften wird das praxisbezogene RLV um 10 % erhöht
- Bei standortübergreifenden fach- und schwerpunktgleichen Berufsausübungsgemeinschaften und Praxen mit angestellten Ärzten der gleichen Arztgruppe wird das praxisbezogene RLV um 10 % erhöht, soweit ein Kooperationsgrad von mindestens 10 % erreicht wird

## Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren

- In fach- und schwerpunktübergreifenden Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinischen Versorgungszentren und Praxen mit angestellten Ärzten, in denen mehrere Ärzte unterschiedlicher Arztgruppen tätig sind, wird das RLV unter Berücksichtigung des Kooperationsgrades der Einrichtung oder Praxis um die folgenden in Prozent ausgewiesenen Anpassungsfaktoren erhöht:

# Berufsausübungsgemeinschaften und Medizinische Versorgungszentren

## Kooperationsgrad (KG) in Prozent

0 bis unter 10

10 bis unter 15

15 bis unter 20

20 bis unter 25

25 bis unter 30

30 bis unter 35

35 bis unter 40

40 und größer

## Anpassungsfaktor in Prozent

0

10

15

20

25

30

35

40



# Beispiel

	Arztfälle im VJ	Behandlungsfälle im VJ
Arzt A	600	
Arzt B	<u>600</u>	
	1.200	1.000

$$\begin{aligned} \text{KG} &= ((1.200 / 1.000) - 1) \times 100 \\ &= (1,2 - 1) \times 100 \\ &= 0,2 \times 100 \\ &= 20\% \end{aligned}$$

Anpassungsfaktor = 20%

## 15%-Grenze bei überproportionalen Verlusten

- Die Partner der Gesamtverträge sind ab dem 1. Januar 2011 nicht mehr an die in der bisherigen Regelung angelegte Interventionsgrenze gebunden.
- Damit ist die Verringerung des Honorars einer Arztpraxis um mehr als 15% gegenüber dem entsprechenden Quartal des Jahres 2008 nicht mehr Voraussetzung von Ausgleichszahlungen.

## Zusätzliche Regelungen zum Ausgleich von Honorarverlusten

- Ergänzende Regelungen zum Ausgleich überproportionaler Honorarverluste in den Fachgebieten Orthopädie, Augenheilkunde, HNO, Phoniatrie und Pädaudiologie sind von den Krankenkassen abgelehnt worden.

Weitere Gespräche werden im Bewertungsausschuss geführt.

# Verhandlungen mit den Krankenkassen

- Ausgabenbegrenzung zu den extrabudgetären Leistungen für 2011 verhandelt.
  - Nach dem Willen des Gesetzgebers soll das Ausgabenvolumen im 2011 die um 0,9% erhöhte Vergütung des Jahres 2010 nicht überschreiten.
  - Trotz dieser rigiden Gesetzesvorschrift konnten für den Bereich Nordrhein bessere Ergebnisse erzielt werden.

# Steigerungsraten:

- DMP-Vergütung + 10%
- Erstattung von Wegegeldern und Wegepauschalen + 10%
- Strahlentherapie und Vakuumstanzbiopsie + 5%
- Ambulantes Operieren
  - § 115b, Zentrumsvertrag, übrige Leistungen - + 5%
  - (der Zuschlag für § 115 b Leistungen wird auf 0,19995 Cent reduziert)

- Sozialpsychiatrische Auffangkonzeption + 0,9%
- Belegärztliche Leistungen + 0,9%
- Leistungen der künstlichen Befruchtung + 0,9%
- Leistungen der Substitutionsbehandlung + 0,9%
- Befundtest nach der Nr. 80230 + 0,9%



**Herzlichen Dank  
für  
Ihre Aufmerksamkeit !**