

Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung – NVV 2009



Gesundheitsfonds

15,5 % - Gesundheit wird um
10 Milliarden Euro teurer



Einnahmenseite

- Einheitlicher Beitragssatz von 15,05%
7,3% AG + 8,2% AN
- Beitragssatz steigt um 0,58% 5,8
Beschäftigungszuwachs 3,8
Bundessteuerzuschuss 1,5
- Summe 11,1

Gesundheitsfonds 2009

- Rekordliquidität in den Fonds
- 11,1 Milliarden Euro Beitragszuwachs
- 3 Milliarden Euro Rücklagen
- 167 Milliarden Euro Einnahmen
- Finanzvolumen soll für die nächsten 3 Jahre reichen

Insolvenzrecht der Kassen

Das Drehbuch für den Untergang einer Krankenkasse



GKV-Org-WG

- Neues Organisationsrecht der GKV als Konsequenz von mehr Wettbewerb
- Künftig können alle Kassen pleite gehen
- Nicht nur unter Bundesaufsicht, auch für landesunmittelbare Kassen
- Am Ende haften alle Kassen gemeinsam
- Sicherung der Ansprüche von Ärzten, Versicherten und Mitarbeiter ?

GKV- Org-WG

- Freiwillige vertragliche Regelungen über Finanzhilfen
- Hilfe zur Fusion (Spitzenverband)
- Deckungskapital bilden für die Versorgungszusagen an die Beschäftigten der Kassen
- Konvergenzklausel
- Gesetz der Altersgrenze für VÄ aufgehoben

§ 73b wird wie folgt geändert

Absatz 4

Die Sätze 1 bis 4 werden durch folgende Sätze ersetzt:

„Zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots nach Absatz 1 haben Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum **30. Juni 2009** Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, **die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.** Können sich die Vertragspartei nicht einigen, kann die Gemeinschaft die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a beantragen. Ist ein Vertrag nach Satz 1 zustande gekommen oder soll ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen geschlossen werden, können Verträge auch abgeschlossen werden mit

- 1. Vertragsärztlichen Leistungserbringern, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen,**
- 2. Gemeinschaften dieser Leistungserbringer,**
- 3. Trägern von Einrichtungen, die eine hausarztzentrierte Versorgung durch vertragsärztliche Leistungserbringer, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a teilnehmen, anbieten,**
- 4. Kassenärztlichen Vereinigungen, soweit Gemeinschaften nach Nummer 2 sie hierzu ermächtigt haben.**



Ziele der Neuordnung der Vertragsärztlichen Vergütung

- Angleichung der ärztlichen Vergütung in den einzelnen Ländern
- Rückverlagerung des Morbiditätsrisikos an die Krankenkassen
- Gebührenordnung in Euro → feste Preise
- Regelleistungsvolumen je Arzt in Euro → Planungs- und Kalkulationssicherheit in der Praxis
- Lösung von Sicherstellungsproblemen durch Zu- bzw. Abschläge in unter- bzw. überversorgten Gebieten (in 2010)
- Fairer Wettbewerb unter den Krankenkassen durch Vergütung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs durch die jeweilige Krankenkasse (in 2010)

Systematik bis 2008

- Budgetierte Gesamtvergütung
- EBM
- Punktzahlgrenzvolumen (in Punkten)

Systematik ab 2009

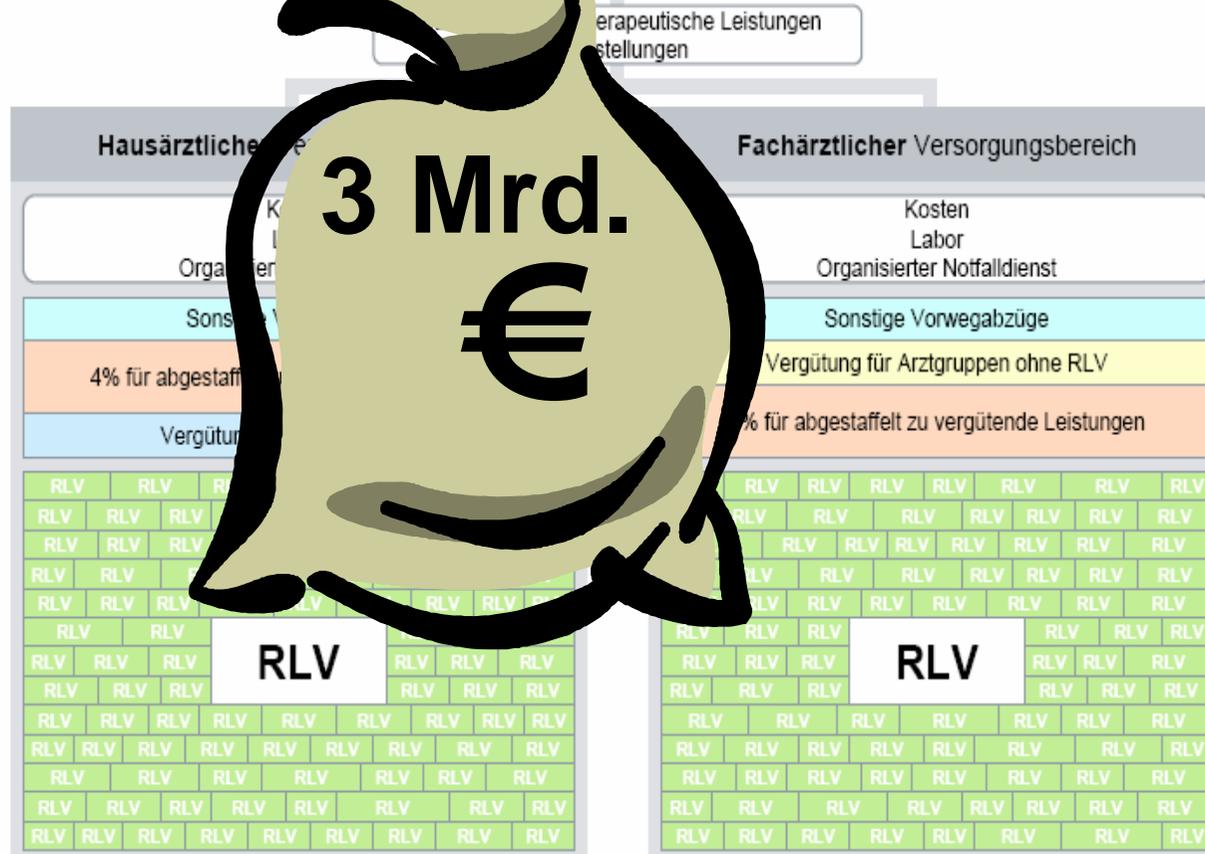
- Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
- Regionale Euro-Gebührenordnung
- Regelleistungsvolumen (in Euro)

Gesamtvergütung

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- Prävention
- Amb. Operationen
- Regional vereinbarte Leistungen
- Leistungen aus Selektivverträgen
- Strahlentherapie
- Substitutionsbehandlung
- Kap. 36
- ...
- ...

Vorhersehbar morbiditätsbedingte Gesamtvergütung



Honorarreform : Zuwachs in allen KVen

KV	%	%
Baden-Württemberg	1,7	2,5
Nordrhein	3,6	6,5
Schleswig-Holstein	3,9	6,3
Rheinland-Pfalz	5,7	8,6
Bayern	6,8	6,3
Hamburg	7,3	8,9
Bremen	7,7	7,6
Westfalen-Lippe	8,8	10,6
Hessen	9,5	10,4

KV	%	%
Berlin	10,7	12,2
Saarland	11,3	13,5
Brandenburg	13,8	16,1
Niedersachsen	14,2	16,5
Sachsen	16,9	19,8
Sachsen-Anhalt	17,2	19,4
Mecklenburg-Vorpommern	17,5	19,2
Thüringen	21,6	24,6

Quelle. KV SH



Überprüfung der ärztlichen Leistungen (§ 87 (2) Satz 2 und 3) SGB V



- It. Gesetz auf betriebswirtschaftlicher Basis für 2009
- It. EBA 2007 für 2009 beschlossen
- (weitgehend) nicht erfolgt
- verschoben auf 2009

BDU: eigene Kostenevaluation!

Regionale Euro-Gebührenordnung 2009

§ 87c Abs. 2



Erstmaliger Orientierungswert



= 3,5001 Cent
Oktober 2008



Orientierungs(punkt)wert (1)

Dividend: das Finanzvolumen



+ GLS 2008 und 2009
+ 2% Anpassungsfaktor

- § 73b, § 73c
- DMP, integ. Vers.
- Kapitel 31 EBM
- Kapitel 36 EBM
- 1.71 bis 1.74 EBM („Prävention“)

Orientierungs(punkt)wert (2)

Divisor: Die Leistungs-(Punkte-)Menge

Q I – Q IV 2007
aller KVen

minus

HVV Quote
- 0,9048%

Korrektur



plus

Kein Erhöhung des
Finanzvolumens

+ 9,7 %



OW =

01 Cent

GV 2

GLS 2

GLS 2

Anpas
-faktor

LB 2

EBM-B

HVV-B

64 %

41 %

00 %

70 %

9048

Goodbye BW-kalkulierter EBM





Ich bin doch nicht doof !!!

Tatsächlich mehr Honorar?

alt:

Budget 1 Mio Pkte x 0,38 = 38.000 €

neu:

RLV + zus. Leistungen 1 Mio Pkte = 35.001 €

Diff: 2.999 € = 86.000 Pkte

=> Punktezuwachs Honorarreform 8,6 %

=>ca. 1 Woche zusätzliche Arbeit

=>=> mehr Kosten, mehr Gewinn?



EBM-Neubewertung von Leistungen außerhalb der M-GV

- **Prävention x 1,2719** (= 4,45 Cent = Bundes \emptyset)
 - KFM Männer, bisher 320 x 4,4 Cent (No) = 14,08 €
 - neu 320 x 1,2719 x 3,5 Cent = 14,245 €
- **Ambulantes Operieren x 1,1545** (= 4,04 Cent)
(PW der fünft-oder sechschlechtesten KV, unterste „Terzile“)
 - TUR-BT, bisher 6675 x 4,50 Cent(No) = 300 €
 - » x 5,11 Cent(No) = 340 €
 - » neu 6675 x 1,1545 x 3,5 Cent = 269 €
- **Begleitleistungen amb. Op. x 1,025** (= 3,587 Cent)
- **Belegärzt. Op. x 1,1869** (= 4.15 Cent)
 - TUR-BT bisher 3395 x x 4,3 Cent (No) = 146 €
 - » neu x 1,1869 x 3,5 Cent = 141 €



Indikatoren „reg. Besonderheit“ vom Orientierungswert zum reg. Punktwert

Vom Orientierungswert zur regionalen Euro-Gebührenordnung 2009

KBV

$$\text{OW} = \frac{\text{GV 2007} + \text{GLS 2008} + \text{GLS 2009} + \text{Anpassungsfaktor}}{(\text{LB 2007} + \text{EBM-Effekt}) \times \text{HVV-Quote}} = 3,5001 \text{ Cent}$$

Ermittlung des Regelfallpunktwertes der regionalen Euro-Gebührenordnung (PW) auf Basis des OW ggf. modifiziert durch

- Abweichungen zur Berücksichtigung der regionalen Kostenstruktur
 - Abweichungen zur Berücksichtigung der regionalen Versorgungsstruktur
- } Keine Spielräume durch Vorgaben des Erweiterten Bewertungsausschusses

↳ keine Verwendung amtlicher Indikatoren der regionalen Wirtschaftskraft

↳ laut BMG jedoch noch Restspielraum auf regionaler Ebene (Schreiben vom 04.07.2008)



Der „nicht vorhersehbare Leistungsbedarf“

- Akuterkrankungen
 - Sepsis, Schock
 - Infektionserkrankungen
 - Ander Lungenerkrankungen

Bedingung: Anstieg um mehr als 25% der relativen Erkrankunghäufigkeit
- Epidemien und Katastrophen (mindestens 2% = 1,6 Mio der Bevölkerung sind betroffen)

Fazit: 1. „bullshit“ 2. für Urologen uninteressant



Regionale € Gebührenordnung 2009

Anhand des mit den Vertragspartnern vereinbarten regionalen Orientierungs(punkt)wertes von 3,5001 Cent wird die Euro-Gebührenordnung erstellt.

Alle EBM-Leistungen werden mit diesem Punktwert vergütet.