

Das GKV-Versorgungsstrukturgesetz

Honorar und Spezialärztliche Versorgung

Mitgliederversammlung des BdB

am 12. November 2011 in Berlin

Agenda

1. Änderungen der Einflussgrößen der vertragsärztlichen Vergütung nach dem GKV-VStG
2. Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung 2012
3. Spezialärztliche Versorgung
4. Zu erwartende finanzielle Auswirkungen des GKV-VStG
5. Belegärztliche Versorgung

Einflussgrößen der vertragsärztlichen Vergütung

jetzige Situation

■ **zentral**
■ **regional**

Orientierungswert	Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf/Veränderungsrate	Wirtschaftlichkeitsreserven	Regionale Zu-/Abschläge bei Besonderheiten der Kosten-/Versorgungsstruktur
EBM	nicht vorhersehbarer Anstieg morbi. Behandlungsbedarf	Orientierungswert Über-/Unterversorgung	Freistellung von Praxen in unterversorgten Gebieten von der Mengensteuerung*
neue Leistungen	Verlagerungseffekte	EGV-Ausgabenbegrenzung nach § 87d Abs. 4 SGB V	Honorarverteilung

* Beschluss der Selbstverwaltung (248. Sitzung des BA, 25. Januar 2011)

Einflussgrößen der vertragsärztlichen Vergütung

zukünftige Situation nach GKV-VStG

■ **zentral**
■ **regional**

Orientierungswert	Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf/Veränderungsrate	Wirtschaftlichkeitsreserven	Regionale Zu-/Abschläge bei Besonderheiten der Kosten-/Versorgungsstruktur	Strukturfonds gegen Unterversorgung nach § 105 Abs. 1a SGB
EBM	nicht vorhersehbarer Anstieg morbi. Behandlungsbedarf	Orientierungswert Über-/Unterversorgung	Freistellung von Praxen in unterversorgten Gebieten von der Mengensteuerung	Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen/Praxen
neue Leistungen	Verlagerungseffekte	EGV-Ausgabenbegrenzung nach § 87d Abs. 4 SGB V	Honorarverteilung	Konvergenz an § 87 Abs. 9 SGB V

Vertragsärztliche Vergütung

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

1 Gesamtvergütung

- Vorgabe des GKV-FinG zur Deckelung extrabudgetärer Leistungen wird zum 1. Januar 2012 aufgehoben
- Bewertungsausschuss legt nur noch einen bundesweiten Orientierungswert und die Kautelen zur Bereinigung fest
- Punktwerte bei Über- und Unterversorgung entfallen
- Regionale Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungen von besonders förderungswürdigen Ärzten ab 2013. Einschränkung: Insbesondere in unterversorgten Gebieten.

Vertragsärztliche Vergütung

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

- 1 Stellungnahme des Bundesrates zum Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 23.8.2011:
- Kriterien zur Festlegung der Zuschläge sollen nicht durch den Bewertungsausschuss, sondern durch die Partner der Gesamtverträge festgelegt werden.
 - Gegenäußerung der Bundesregierung vom 23.9.2011: Ablehnung.
 - Punktwerte bei Über- und Unterversorgung entfallen
 - Regionale Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen und Leistungen von besonders förderungswürdigen Ärzten ab 2013. Einschränkung: Insbesondere in unterversorgten Gebieten.

Vertragsärztliche Vergütung

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

1 Gesamtvergütung

- Bewertungsausschuss gibt nur noch Empfehlungen zur Weiterentwicklung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (z. B. Morbirate, MGV/EGV-Abgrenzung)
- Extrabudgetäre Vergütung der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie



Forderung der KBV:

Herausnahme der antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zum 1. Januar 2012

Vertragsärztliche Vergütung

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 3. August 2011

2 Konvergenz (im o.g. Gesetzentwurf nicht geregelt!)

- Angleichung des Vergütungsniveaus



Forderungen der KBV:

- Beginnend mit dem Jahr 2012 Anhebung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) je Versicherten in den KVen, die hierbei unterdurchschnittlich liegen, sockelwirksam zumindest auf das bundesdurchschnittliche Niveau des Jahres 2012 in Höhe von 350,62 €
- Eine Umverteilung zwischen den KVen ist dabei auszuschließen.

Vertragsärztliche Vergütung

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

3 Honorarverteilung

- KVen vereinbaren Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen
- Abbau zentraler Vorgaben zur Honorarverteilung (-)

Forderungen der KBV:

Die Befugnis der KBV für verbindliche Vorgaben ist zu beschränken auf:

- Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungen
- Vergütung der Richtlinienpsychotherapie

Vertragsärztliche Vergütung

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

3 Honorarverteilung

- KVen vereinbaren Honorarverteilungsmaßstab im Benehmen mit den Krankenkassen

- (-)
 Stellungnahme des Bundesrates zum Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 23.8.2011:
 Erneute Bindung der Vorgaben der KV zur Honorarverteilung an die Voraussetzung des Einvernehmens mit den Krankenkassen.

Gegenäußerung der Bundesregierung vom 23.9.2011:
 Ablehnung.

- vergütung der Richtlinienpsychotherapie

V
F Stellungnahme des Bundesrates zum Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 23.8.2011:

KBV soll im Benehmen mit dem GKV-SV zur Honorarverteilung Richtlinien erlassen, von denen auf regionaler Ebene im Einvernehmen der Partner der Gesamtverträge abgewichen werden kann.

Gegenäußerung der Bundesregierung vom 23.9.2011:
Ablehnung.



Forderungen der KBV:

Die Befugnis der KBV für verbindliche Vorgaben ist zu beschränken auf:

- Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungen
- Vergütung der Richtlinienpsychotherapie

Vertragsärztliche Vergütung

KBV

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

4 Einheitlicher Bewertungsmaßstab

- Aufnahme telemedizinischer Leistungen
- Abbau der Pauschalierung zugunsten einer verstärkten Abbildung von Einzelleistungen



Forderungen der KBV:

- Hausärztlicher Versorgungsbereich: „Soll-Vorschrift“ zur Abbildung von Versichertenpauschalen sollte durch „Kann-Regelung“ ersetzt werden.
- Fachärztlicher Versorgungsbereich: Verpflichtung zur Bildung von diagnosebezogenen Grund- und Zusatzpauschalen sollte durch „Kann-Regelung“ ersetzt werden.

2. Vorgaben der KBV zur Honorarverteilung 2012

3. Spezialärztliche Versorgung

4. Zu erwartende finanzielle Auswirkungen des GKV-VStG

5. Belegärztliche Versorgung

Gesetzliche Regelung des § 87b Abs. 4 SGB V Regierungsentwurf vom 26.07.2011

§ 87b Abs. 4 SGB V



- Die Kassenärztliche Bundesvereinigung hat **Vorgaben zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung** nach Absatz 1 Satz 1 im Einvernehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen zu bestimmen. Darüber hinaus hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung Vorgaben insbesondere zu den Regelungen des Absatzes 2 Satz 1 bis 3 (**Begrenzung einer übermäßigen Tätigkeit, angemessene Vergütung psychotherapeutischer Leistungen und Förderung von Kooperationsformen**) zu bestimmen; dabei ist das Benehmen mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen herzustellen. Die Vorgaben nach Satz 1 und 2 sind von den Kassenärztlichen Vereinigungen zu beachten.

Umsetzung der KBV

- ➔ Entsprechend des gesetzlichen Auftrags macht die KBV Vorgaben
- ➔ Dabei Umsetzung der Vorgaben der Vertreterversammlung, den regionalen Spielraum bei der Honorarverteilung, abgesehen von der Trennung der Vergütungen in einen haus- und fachärztlichen Anteil und der angemessenen Vergütung psycho-therapeutischer Leistungen, nicht einzuschränken.

Beschlussentwurf zu den Vorgaben der KBV gemäß § 87b Abs. 4 SGB V (GKV-VStG)

- 1 Teil A – Vorgaben zu den Honorarverteilungsmaßstäben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V
- 2 Teil B – Vorgabe zur Festlegung und Anpassung des Vergütungsvolumens für die hausärztliche und fachärztliche Versorgung - Berechnung des Verteilungsvolumens eines Versorgungsbereiches (VV_{VB})
- 3 Teil C – Vorgaben zur angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen
- 4 Teil D – Vorgaben zur Berücksichtigung kooperativer Behandlung von Patienten in dafür gebildeten Versorgungsformen

3. Spezialärztliche Versorgung

4. Zu erwartende finanzielle Auswirkungen des GKV-VStG

5. Belegärztliche Versorgung

Spezialärztliche Versorgung

Regierungsentwurf zum GKV-VStG vom 3. August 2011

Ursprüngliche Absicht des Gesetzgebers

- bessere Verzahnung der Sektoren
- Förderung einer sektorenverbindenden Versorgung
- bürokratiearme und transparente Regelung

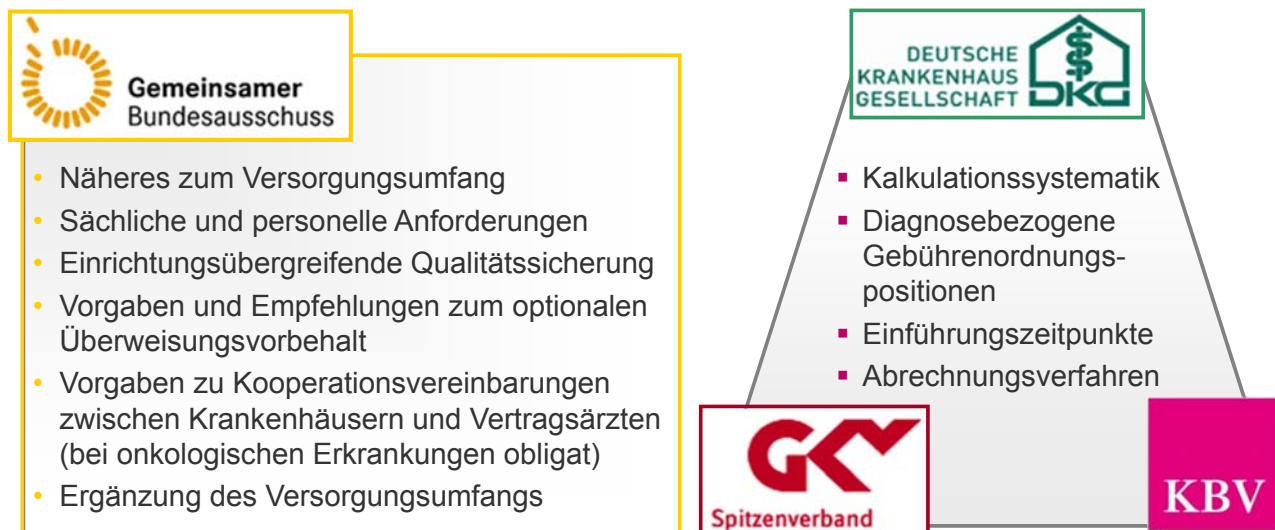
Dies ist in der Form des Regierungsentwurfs nicht gelungen:

- fehlende Wettbewerbsgleichheit
- zu starke Definitionsmacht des GBA
- Leistungsbereich unklar
- Spezialärztliche Versorgung geht zulasten der Grundversorgung

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

„Um ein reibungsloseres Ineinandergreifen von stationärer und ambulanter Versorgung zu gewährleisten, wird schrittweise ein sektorenverbindender Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung eingeführt.“



Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Leistungsumfang ist die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und oder besondere Ausstattungen erfordern

- **Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen**
- Seltene Erkrankungen
- Ambulante Operationen oder sonstige stationsersetzende Eingriffe aus dem Katalog nach § 115b SGB V nach Festlegung des GBA
- Hochspezialisierte Leistungen
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterliegen dem Verbotsvorbehalt des GBA nach § 137c SGB V (damit Wegfall des GBA-Erlaubnisvorbehalts für an der Spezialärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte)

Re
Am

Eckpunkte der Bund/Länder-Gespräche vom 13./14.10.2011

Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen sind

- auf schwere Verlaufsformen zu begrenzen (in GBA-RL, Leistungserbringung erst möglich, wenn RL in Kraft)
- unter einen gesetzlichen vertragsärztlichen Überweisungsvorbehalt zu stellen („Verzahnung und Mengenbegrenzung“, Ausnahme stationär → ASV)
- Erhalt der Kooperationsverpflichtung mit Konfliktlösung bei Kooperationsverweigerung im Bereich der Onkologie

Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- Seltene Erkrankungen
- Ambulante Operationen oder sonstige stationärsersetzende Eingriffe ~~aus dem Katalog~~ nach § 115b SGB V nach Festlegung des GBA
- Hochspezialisierte Leistungen
- Untersuchungs- und Behandlungsmethoden unterliegen dem Verbotsvorbehalt des GBA nach § 137c SGB V (damit Wegfall des GBA-Erlaubnisvorbehalts für an der Spezialärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte)

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

KBV

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Leistungsträger

- „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“
- zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V

Zulassungsbedingungen

- Erfüllung der vom GBA vorgegebenen sächlichen und personellen Anforderungen und einrichtungsübergreifenden Maßnahmen der Qualitätssicherung nach §§ 135a und 137 SGB V
- Vorliegen von durch den GBA vorausgesetzten Kooperationsvereinbarungen KH ↔ Vertragsarzt (in der Onkologie obligat)
- Anzeige gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Vorlage entsprechender Belege, Meldung an Kassen, LKG und KV

Die Berechtigung zur Teilnahme entsteht automatisch nach Ablauf von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige bei der Landesbehörde, soweit diese bis dahin nicht widerspricht!

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Leistungsträger

- „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“

Eckpunkte der Bund/Länder-Gespräche vom 13./14.10.2011

- Erhalt der Kooperationsverpflichtung mit Konfliktlösung bei Kooperationsverweigerung im Bereich der Onkologie

Qualitätssicherung nach §§ 135a und 137 SGB V

- Vorliegen von durch den GBA vorausgesetzten Kooperationsvereinbarungen KH ↔ Vertragsarzt (in der Onkologie obligat)
- Anzeige gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Vorlage entsprechender Belege, Meldung an Kassen, LKG und KV

Die Berechtigung zur Teilnahme entsteht automatisch nach Ablauf von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige bei der Landesbehörde, soweit diese bis dahin nicht widerspricht!

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Leistungsträger

- „an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Leistungserbringer“
- zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V

Eckpunkte der Bund/Länder-Gespräche vom 13./14.10.2011

- Da eine Mengengrenzung durch die Kriterien nach § 116b Abs. 1 Nr. 1 SGB V vorgesehen ist, entfällt die Notwendigkeit für eine Bedarfsplanung
- Das Anzeige- und Prüfverfahren wird von der Selbstverwaltung vorgenommen. Dabei ist Parität zu gewährleisten.

vereinbarung mit Vertragsarzt (in der Onkologie obligat)

- Anzeige gegenüber der zuständigen Landesbehörde unter Vorlage entsprechender Belege, Meldung an Kassen, LKG und KV

Die Berechtigung zur Teilnahme entsteht automatisch nach Ablauf von zwei Monaten nach Eingang der Anzeige bei der Landesbehörde, soweit diese bis dahin nicht widerspricht!

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Vergütung (mittelfristig)

Kalkulation der diagnosebezogenen Gebührenordnungspositionen auf betriebswirtschaftlicher Grundlage

- ↪ Ausgehend vom EBM für ärztliche Leistungen
- ↪ Ergänzende Berücksichtigung der nichtärztlichen Leistungen, Sachkosten und spezifischen Investitionsbedingungen
- ↪ Getrennte Kalkulation der Gebührenordnungspositionen für Diagnostik und Behandlung bei den seltenen Erkrankungen
- ↪ Regelmäßige Überprüfung der medizinischen Aktualität und Wirtschaftlichkeit
- ↪ Möglichkeit zur Beauftragung Dritter mit der Kalkulation (InEK, InBA etc.)
- ↪ Im Konfliktfall entscheidet das Erweiterte Bundesschiedsamt innerhalb von 3 Monaten auf Antrag einer Vertragspartei (anders als das EBSA nach § 115b SGB V, in dem DKG, GKV-SV und KBV unverändert die gleiche Anzahl an Vertretern stellen, besitzt der GKV-SV im EBSA nach § 116b SGB V so viele Stimmen wie DKG und KBV gemeinsam!)

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Vergütung (Startphase)

- Bis zum Inkrafttreten der diagnosenbezogenen Gebührenordnungspositionen erfolgt die Vergütung auf Grundlage des EBM für ärztliche Leistungen mit dem Preis der jeweiligen regionalen Euro-Gebührenordnung
- Bei öffentlich geförderten Krankenhäusern wird die Vergütung um 5 % gekürzt (Investitionskostenabschlag)
- Ergänzung der Gebührenordnungspositionen des EBM für ärztliche Leistungen im um je 3 (weitere) Vertreter der DKG und des GKV-SV erweiterten (E)BA „soweit dazu Veranlassung besteht“ (insbesondere für im EBM noch nicht vorhandene „NUB-Leistungen“)

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Vergütung (Startphase)

- Bis zum Inkrafttreten der diagnosenbezogenen Gebührenordnungspositionen erfolgt die Vergütung auf Grundlage des EBM für ärztliche

Eckpunkte der Bund/Länder-Gespräche vom 13./14.10.2011

- „Die Vergütung der 116b-Leistungen sollte für alle Leistungserbringer einheitlich gestaltet sein.“
- Ergänzung der Gebührenordnungspositionen des EBM für ärztliche Leistungen im um je 3 (weitere) Vertreter der DKG und des GKV-SV erweiterten (E)BA „soweit dazu Veranlassung besteht“ (insbesondere für im EBM noch nicht vorhandene „NUB-Leistungen“)

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Abrechnung und Bereinigung

- „Die Leistungen der ambulanten spezialärztlichen Versorgung werden unmittelbar von der Krankenkasse vergütet.“
- Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität erfolgt durch die Krankenkassen, die hiermit eine Arbeitsgemeinschaft beauftragen können.
- Für die Abrechnung gilt § 295 Absatz 1b Satz 1 entsprechend.
- DKG, GKV-SV und KBV legen das Nähere über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens sowie die erforderlichen Vordrucke fest.
- „Der notwendige Behandlungsbedarf nach § 87a Absatz 3 Satz 2 ist in den Vereinbarungen nach § 87a um die vertragsärztlichen Leistungen zu bereinigen, die Bestandteil der ambulanten spezialärztlichen Versorgung sind.“ (keine Regelung zur Bereinigung der DRG-Erlösbudgets der Krankenhäuser)

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Inkrafttreten

- Bestehende Zulassungen von Krankenhäusern nach § 116b Abs. 2 Satz 1 (alt) SGB V gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter (Aufhebung spätestens ein Jahr nach Inkrafttreten der leistungs-/indikationsspezifischen Richtlinie des GBA); bis dahin gilt auch die Vergütungsregelung nach § 116b Abs. 5 (alt) SGB V weiter
- Die nach der Begründung „stufenweise“ Inkraftsetzung der spezialärztlichen Versorgung ist nicht eindeutig definiert:
 - Inkrafttreten der Regelungen bzgl. der „Bestandsleistungen“ nach § 116b SGB V auf Grundlage des gültigen EBM direkt ab 1.1.2012 oder erst nach Anpassung der GBA-Richtlinien und/oder nach Beschluss des um die DKG erweiterten (E)BA?
 - Für die Übernahme von Leistungen aus dem „AOP-Katalog“ nach § 115b SGB V in die spezialärztliche Versorgung erlässt der GBA erstmals bis zum 31.12.2012 eine Richtlinie → treten diese Leistungen ab 1.1.2013 auf Grundlage des gültigen EBM direkt in Kraft oder erst nach Beschluss des um die DKG erweiterten (E)BA?
 - Danach sukzessive Inkraftsetzung weiterer GBA-Richtlinien zur Erweiterung des Versorgungsumfangs der spezialärztlichen Versorgung, wobei die konkreten Einführungszeitpunkte in den Vergütungsvereinbarungen vorgegeben werden.

Regierungsentwurf des GKV-VStG vom 26.7.2011

Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b neu)

Inkrafttreten

Eckpunkte der Bund/Länder-Gespräche vom 13./14.10.2011

- „Eine Leistungserbringung ist erst möglich, wenn diese Richtlinien (des GBA zur spezialärztlichen Versorgung mit Begrenzung der Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen auf schwere Verlaufsformen) in Kraft getreten sind.“
- Die nach der Begründung „stufenweise“ Inkraftsetzung der spezialärztlichen Versorgung ist nicht eindeutig definiert:
 - Inkrafttreten der Regelungen bzgl. der „Bestandsleistungen“ nach § 116b SGB V auf Grundlage des gültigen EBM direkt ab 1.1.2012 oder erst nach Anpassung der GBA-Richtlinien und/oder nach Beschluss des um die DKG erweiterten (E)BA?
 - Für die Übernahme von Leistungen aus dem „AOP-Katalog“ nach § 115b SGB V in die spezialärztliche Versorgung erlässt der GBA erstmals bis zum 31.12.2012 eine Richtlinie → treten diese Leistungen ab 1.1.2013 auf Grundlage des gültigen EBM direkt in Kraft oder erst nach Beschluss des um die DKG erweiterten (E)BA?
 - Danach sukzessive Inkraftsetzung weiterer GBA-Richtlinien zur Erweiterung des Versorgungsumfangs der spezialärztlichen Versorgung, wobei die konkreten Einführungszeitpunkte in den Vergütungsvereinbarungen vorgegeben werden.

4. Zu erwartende finanzielle Auswirkungen des GKV-VStG

5. Belegärztliche Versorgung

„Gelddruckmaschine“ GKV-VStG ?

Eine Richtigstellung zu den Behauptungen des GKV-SV

Darstellung



MGV-Honorarzuwachs
für 2013 beträgt
„min. 2,7 Mrd. Euro“



Zusatzkosten 2012-14 n. GKV-VStG

Rücknahme der Zuwachs- begrenzung extrabudgetärer Leistungen für 2012:	98 Mio. Euro
Strukturfonds gegen Unter- versorgung nach § 105 Abs. 1a SGB V:	74 Mio. Euro
Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen:	105 Mio. Euro

„Gelddruckmaschine“ GKV-VStG ?

Eine Richtigstellung zu den Behauptungen des GKV-SV

Darstellung



MGV-Honorarzuwachs für 2013 beträgt „min. 2,7 Mrd. Euro“

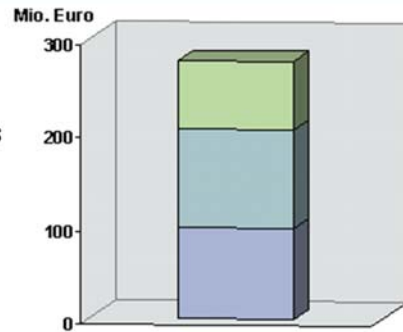


KBV

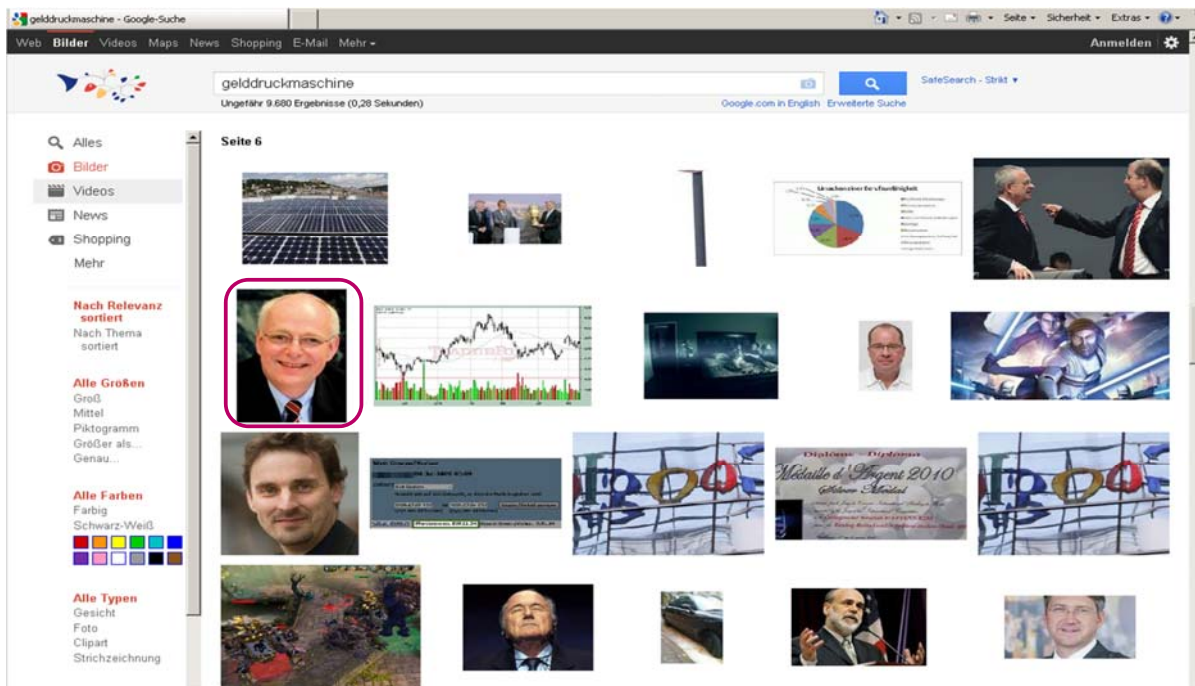
KBV

Gesamtauswirkungen des GKV-VStG für 2012 bis 2014 ergeben nach KBV-Berechnungen rd. 277 Mio. Euro

- Strukturfonds gegen Unterversorgung
- Zuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen
- Rücknahme von Zuwachsbegrenzungen extrabudgetärer Leistungen



Ergebnis der Google-Bildsuche nach dem Begriff „Gelddruckmaschine“: Der GKV-SV hat schon eine!



5. Belegärztliche Versorgung

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP vom 24. Oktober 2009

Endlich Zukunftssicherheit für Belegärzte?

Koalitionsvertrag zwischen CDU,

4065 Krankenhausversorgung

.
. .
. .

4070 (..) Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt. Dabei ist es unser Ziel, das bestehende Belegarztsystem
4072 beizubehalten und zu stärken. (..)



Verfahren zum AMNOG

Stellungnahme des Bundesrates zum Entwurf eines Gesetzes zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung
(Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz - AMNOG)

„Das Krankenhausentgeltgesetz vom 23. April 2002 (BGBl. I S. 1412, 1422, das zuletzt durch ... geändert worden ist, wird wie folgt geändert:
1. In § 18 Absatz 3 Satz 1 werden die Wörter "in Höhe von 80 Prozent" gestrichen. „

Zu Nummer 24

Zu Artikel 11a - neu - (§ 18 Absatz 3 Satz 1 und § 21 Absatz 3 Nummer 3 KHEntgG)

Die geforderte Änderung des § 18 Absatz 3 Satz 1 KHEntgG wird im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens im nächsten Jahr geprüft. Zutreffend ist, dass die Inanspruchnahme noch zurückhaltend ist. Gleichwohl sollte die weitere Entwicklung zunächst noch abgewartet werden. Zudem sind etwaige Änderungen auch so auszurichten, dass der Fortbestand des klassischen Belegarztmodells nicht gefährdet wird.

Gegenäußerung der
Bundesregierung

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Vergütung sämtlicher, d.h. auch aller konservativen belegärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung *und Ausnahme aller belegärztlicher Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen von gesetzlichen Honorarbegrenzungsregelungen*
- Gewährleistung einer deutschlandweit einheitlichen Vergütung aller belegärztlicher Leistungen mit einem Auszahlungspunktwert in Höhe von 5,11 Cent
- *Angemessene und ausgewogene Berücksichtigung geänderter Haftungsrisiken insbesondere in der Geburtshilfe*
- Wiedereinführung einer angemessenen belegärztlichen Bereitschaftsdienstvergütung

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Vergütung sämtlicher, d.h. auch aller konservativen belegärztlicher Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung *und Ausnahme aller belegärztlicher Leistungen als besonders förderungswürdige Leistungen von gesetzlichen*
- Gewährleistung der Vergütung aller belegärztlichen Auszahlungspunktwerte Höhe von 5,11 Cent
- *Angemessene und ausgewogene Berücksichtigung geänderter Haftungsrisiken insbesondere in der Geburtshilfe*
- Wiedereinführung einer angemessenen belegärztlichen Bereitschaftsdienstvergütung

Die Bewertung der GOP 08411 wurde mit Wirkung ab 01.10.2010 für Belegärzte um rd. 89 € erhöht.

Wird durch den GKV-SV abgelehnt!

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Weiterentwicklung des Kapitels 36 EBM unter
 - Aufnahme weiterer konservativer Leistungen
 - *Schaffung von Gebührenordnungspositionen für die stationäre Erbringung von im DRG-System bzw. über die stationären NUB-Entgelte abgebildeten innovativen Leistungen, für welche für die ambulante Versorgung noch keine Zulassung des Gemeinsamen Bundesausschusses besteht:*
 - ↳ hier wäre eine analoge Vorschrift zur mit dem Gesetzentwurf geplanten Regelung nach § 116b Abs. 1 Satz 3 (neu) SGB V in § 121 Abs. 3 SGB V zu ergänzen: „Untersuchungs- und Behandlungsmethoden können Gegenstand des Leistungsumfangs in der belegärztlichen Versorgung sein, soweit der Gemeinsame Bundesausschuss im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c SGB V für die Krankenhausbehandlung keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.“

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Weiterentwicklung des Kapitels 36 EBM unter
 - Aufnahme einer Leistung für die ausführliche Erörterung, Aufklärung und Beratung bei nachhaltig lebensverändernden oder -bedrohlichen Erkrankungen oder entsprechender Verschlimmerung einer bestehenden Erkrankung

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Einführung eines für den Krankenhausträger verbindlichen Konsiliararztstatus des Belegarztes für die fachgebietsbezogene konsiliarische (Mit-)Versorgung von Patienten, die außerhalb der in der Zuständigkeit des Belegarztes liegenden Bereichen desselben Krankenhauses versorgt werden
- Ausschluss einer krankenseitigen Anstellung von Ärzten für die stationäre Versorgung, für deren Fachgebiet das Krankenhaus keine Zulassung nach dem Landeskrankenhausplan besitzt oder für deren Fachgebiet das Krankenhaus bereits eine Belegabteilung vorhält sowie Ausschluss gleich wirkender Honorarverträge
- Flexibilisierung und Gleichstellung der stationären und ambulanten Tätigkeit des Belegarztes in allen untergesetzlichen Vorgaben zur vertragsärztlichen Versorgung

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Einführung eines für den Krankenhausträger verbindlichen Konsiliararztstatus des Belegarztes für die fachgebietsbezogene Versorgung
- Mit der Zusammenführung der Bundesmantelverträge wird angestrebt
 - die Möglichkeit der Anerkennung als Belegarzt an mehreren Krankenhäusern
 - die Klarstellung, dass Anästhesisten als Belegärzte bei belegärztlichen Leistungen anderer Fachgruppen tätig sein können
- Ausweitung der Belegarztstellung auf die Belegabteilung von Hausarzt und Lar
- Krankenhausausschluss der Belegabteilung von Hausarzt sowie Ausschluss gleichzeitiger Honorarverträge
- Flexibilisierung und Gleichstellung der stationären und ambulanten Tätigkeit des Belegarztes in allen untergesetzlichen Vorgaben zur vertragsärztlichen Versorgung

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Bindung des Abschlusses von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140d SGB V durch ein Krankenhaus für das Fachgebiet seines Belegarztes an dessen Person und dessen Zustimmung
- Die Regelung nach § 121 Abs. 5 SGB V und § 18 Abs. 3 KHEntgG („belegärztliches Honorararztmodell“) ist entweder so zu ändern, dass die jeweils zutreffende DRG-Fallpauschale für Hauptabteilungen vollumfänglich abgerechnet werden kann oder aber in der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vorgegebenen obsoleten Fassung zu streichen

Planungen des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes

Stand: Referentenentwurf vom 14.6.2011

- Keine spezielle Regelung zur belegärztlichen Versorgung!
- Auch auf die belegärztliche Versorgung zutreffende/anwendbare „vergünstigende“ Regelungen/Optionen:
 - Streichung der extrabudgetären Ausgabenzuwachsbegrenzung nach § 87d Abs. 4 SGB V für das Jahr 2012
 - Möglichkeit zur Vorgabe regionaler Zuschläge zum Orientierungswert für besonders förderungswürdige Leistungen durch die Partner der Gesamtverträge

Belegärztliche Versorgung – Forderungen der KBV

- Bindung des Abschlusses von Verträgen zur Integrierten Versorgung nach § 140d SGB V durch ein Krankenhaus für das Fachgebiet seines Belegarztes an dessen Person und dessen Zustimmung
- Die Regelung nach § 121 Abs. 5 SGB V und § 18 Abs. 3 KHEntgG („belegärztliches Honorararztmodell“) ist entweder so zu ändern, dass die jeweils zutreffende DRG-Fallpauschale für Hauptabteilungen vollumfänglich abgerechnet werden kann oder aber in der mit dem Krankenhausfinanzierungsreformgesetz vorgegebenen obsoleten Fassung zu streichen

Nachdem mit den Entwürfen des GKV-VStG eine Änderung der Regelungen nach § 121 Abs. 5 SGB V und § 18 Abs. 3 KHEntgG i.S. der o.g. Forderung nicht in Aussicht steht, hat die KBV deren Streichung beantragt.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit