



KBV

Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die zukünftige Honorierung vor dem Hintergrund von Qualitätsstandards und Morbidität: Was erwartet den niedergelassenen Schmerztherapeuten?

11. Oktober 2008, Maritim Berlin

Referent: Dr. Thomas Reuhl, Leiter der Abt. EBM
Dezernat 3 – Vergütung, Gebührenordnung und Morbiditätsorientierung

Schmerztherapie im EBM

1994

Schmerztherapievereinbarung im EKV-Bereich

Schmerztherapie im EBM

1994

Gemeinsames Kapitel mit den Anästhesieleistungen

Schmerztherapie im EBM

1997

Neufassung der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten' (Anlage 12 des Arzt-/Ersatzkassen-Vertrages)
BUE: 120/160 DM je Behandlungs-Krankheitsfall

Schmerztherapie im EBM

2005

Eigener Abschnitt *30.7* nur mit
schmerztherapeutischen Leistungen

gleichzeitig mit

Qualitätssicherungsvereinbarung
Schmerztherapie

Schmerztherapie im EBM

2008

Als erste Arztgruppe ohne eigenen Facharztstatus erhalten *Schmerztherapeuten* eine eigene Grundpauschale

Schmerztherapie im EBM

2008

Einführung Zuschlag schmerztherapeutisches Zentrum:

Für die Vorhaltung bestimmter Strukturen erfolgt eine
eigenständige Vergütung

„pay for performance?“

Schmerztherapie im EBM

2008

Einführung Zuschlag schmerztherapeutisches Zentrum:

Für die Vorhaltung bestimmter Strukturen erfolgt eine
eigenständige Vergütung

„pay for structure“

Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009

NVV 2009



Ziele der KBV für die Vergütungsreform 2009

1. Wegfall der starren Budgetierung
via Gesetz erreicht
2. Ablösung der Kopfpauschalen
via Gesetz erreicht
3. Wegfall der „Grundlohnsummendeckelung“
via Gesetz erreicht
4. Erhalt der Möglichkeit, Einzelleistungen zu vereinbaren
via Schlichtung erreicht
5. Honorarsteigerung für 2009 um mindestens 2,5 Mrd. € im Vergleich zu 2007
via Schlichtung erreicht
6. Einbeziehung des finanziellen Mehrbedarfs in den GKV-Beitragssatz durch den Bundestag
via termingerechter Umsetzung erreicht
7. Angleichung der vertragsärztlichen Vergütung in den neuen Bundesländern
via Schlichtung erreicht

Ziele der KBV für die Vergütungsreform 2009

8. Keine KV darf verlieren
(regional in Bezug auf ehemals extrabudgetäre Leistungen zu überprüfen) als Vorgabe durch den Schlichter übernommen
9. Trennung der haus- und fachärztlichen Vergütungen via Schlichtung erreicht
10. Honorarzuwachs für die alten Bundesländer via Schlichtung erreicht
11. Neuregelung der Vergütung in der Psychotherapie via Schlichtung erreicht
12. Korrekturfaktor zur Berücksichtigung der unterschiedlichen Honorarpolitik der Länder via KBV-Gesetzesinitiative und via Schlichtung (noch) nicht erreicht

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009

27./28. August 2008

Gliederung des Beschlusses in folgende Teile (I):

- A Erstmalige Festlegung des Orientierungswertes 2009
- B Verfahren zur Berechnung des Behandlungsbedarfs für die erstmalige Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2009
- C Festlegung von Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur
- D Gewährleistung einer angemessenen Vergütung psychotherapeutischer Leistungen

Beschluss-
konstellation:

KBV mit Schlichter

KBV mit Schlichter

Einvernehmlicher
Kompromiss

Einvernehmlicher
Kompromiss

Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der vertragsärztlichen Vergütung im Jahr 2009

27./28. August 2008

Gliederung des Beschlusses in folgende Teile (II):

- E Verfahren zur Bestimmung des Umfangs des nicht vorhersehbaren Anstiegs des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs
 - F Berechnung und Anpassung von arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumen
 - G Grundsätze zur Bildung von Rückstellungen
 - H Anpassung von Leistungsbewertungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM)
- 4 Protokollnotizen

Beschluss-
konstellation:

GKV mit Schlichter

Einvernehmlicher
Kompromiss

Einvernehmlicher
Kompromiss

Einvernehmlicher
Kompromiss

Einvernehmen

Festlegung von Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur

Stellungnahme des BMG

- Wenn der Bewertungsausschuss in Folge sachlicher Gründe keine Indikatoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur festlegt, können die Gesamtvertragsparteien mit Verweis auf regionale Besonderheiten bei der Kosten und Versorgungsstruktur keine Zu- oder Abschläge zum Orientierungswert vereinbaren
- Insbesondere können Sie dann auch keine Zu- oder Abschläge mit dem Verweis auf eine höhere oder niedrigere Wirtschaftskraft umsetzen
- Gleichwohl ist zu beachten, dass den regionalen Vertragspartnern bei der Vereinbarung der Punktwerte dennoch ein Spielraum bleibt

Festlegung von Faktoren zur Messung der regionalen Besonderheiten bei der Kosten- und Versorgungsstruktur

- Aufgrund des "insbesondere" können die Gesamtvertragspartner zusätzliche sachgerechte regionale Kriterien zur Vereinbarung eines Zu- oder Abschlags auf die Orientierungswerte anwenden, um ggf. weitere regionale Besonderheiten zu berücksichtigen
- Demnach belassen die gesetzlichen Regelungen den regionalen Gesamtvertragsparteien einen zusätzlichen Gestaltungsspielraum bei der Vereinbarung über die Festlegung des Zu- oder Abschlags, der dadurch begrenzt ist, dass dabei gemäß § 87a Abs. 2 Satz 4 nicht nach Arztgruppen und nach Kassenarten differenziert werden darf
- Zudem ist zu beachten, dass die regionalen Vertragspartner bei der Vereinbarung der Punktwerte gemäß § 87a Abs. 2 Satz 5 und gemäß der allgemeinen Vorgabe aus § 72 Abs. 2 in jedem Fall zu gewährleisten haben, dass die medizinisch notwendige Versorgung der Versicherten sichergestellt ist

Festlegung des Orientierungswertes (OW) nach § 87 Abs. 2e Satz 1 Nr. 1 SGB V für das Jahr 2009

$$\text{OW} = \frac{\text{GV 2007} + \text{GLS 2008} + \text{GLS 2009} + \text{Anpassungsfaktor}}{(\text{LB 2007} + \text{EBM-Effekt}) \times \text{HVV-Quote}} = 3,5058 \text{ Cent}$$

GV 2007	= Gesamtvergütung ¹ 2007 in Euro	
- GLS 2008	= Grundlohnsummensteigerung 2008	0,64 %
- GLS 2009	= Grundlohnsummensteigerung 2009	1,47 %
- Anpassungsfaktor	= Kompensation nicht aktueller Gesamtvertragsstände	2,00 %
LB 2007	= Leistungsbedarf in Punkten ² 2007	
- EBM-Effekt	= EBM-2008-Steigerung	9,70 %
- HVV-Quote	= Effekt honorarwirksamer Begrenzungsregelungen 2007	0,9059

¹Finanzvolumen für Leistungen der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

²nach sachlich-rechnerischer Richtigstellung

Vom Orientierungswert zur regionalen Euro-Gebührenordnung 2009

$$\text{OW} = \frac{\text{GV 2007} + \text{GLS 2008} + \text{GLS 2009} + \text{Anpassungsfaktor}}{(\text{LB 2007} + \text{EBM-Effekt}) \times \text{HVV-Quote}} = 3,5058 \text{ Cent}$$

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 Spielraum auf regionaler Ebene (Schreiben vom 04.07.2008)

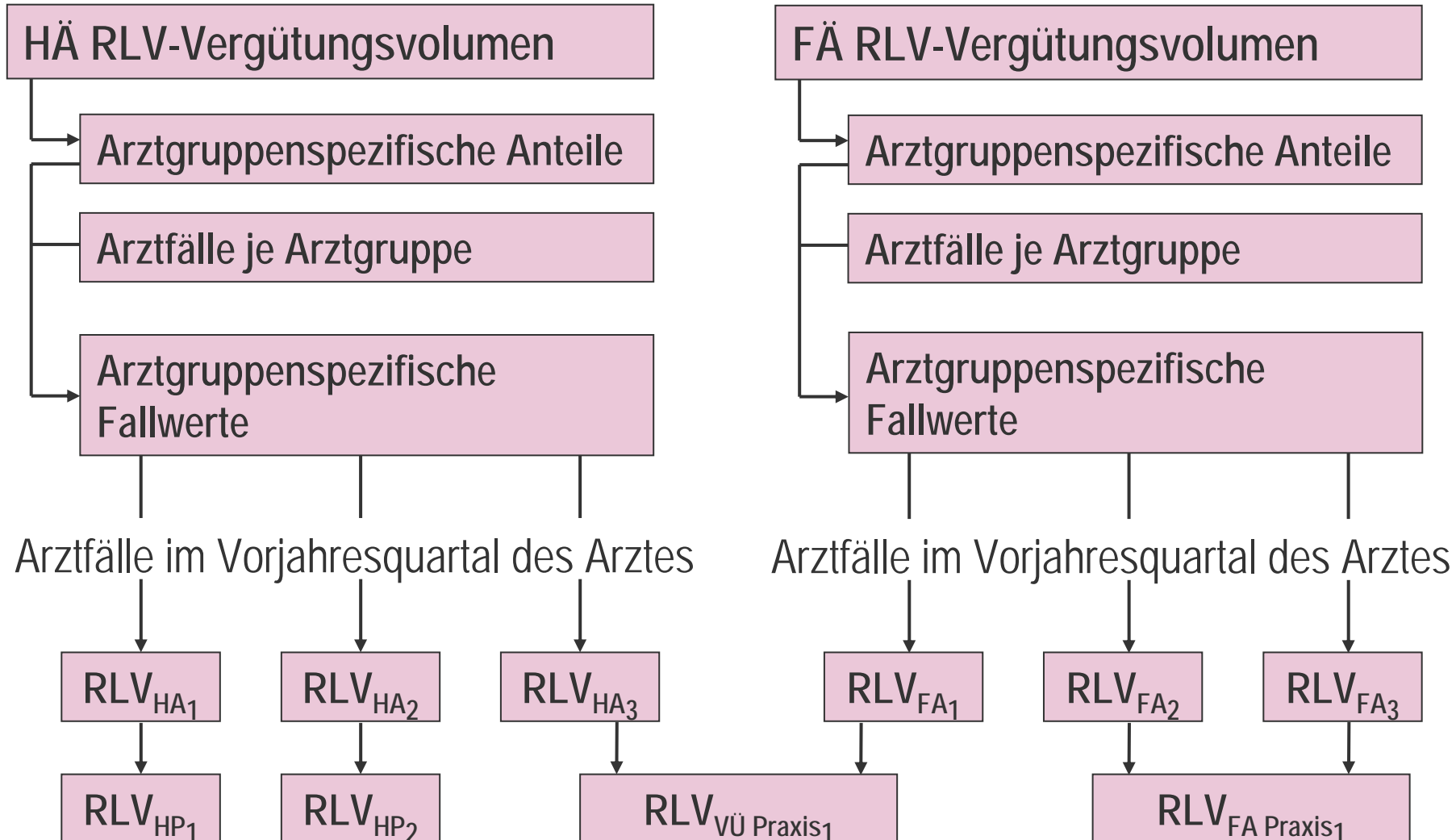
Aufwertung weiterer besonders förderungswürdiger Leistungen im EBM 2009

	Aufwertungsfaktor*:
■ Schmerztherapie	1,3201
■ Akupunktur	1,1714
■ Polysomnographie	1,2043
■ MRT-Angiographie	1,1687
■ Psychotherapeutische Leistungen des Abschnitts 35.2**	1,2923

* Aufwertung der entsprechenden GOPen in Orientierung an den jeweiligen bisherigen bundesdurchschnittlichen Auszahlungspunktwert

** Aufwertung der GOPen der Richtlinien-Psychotherapie gemäß § 87 Abs. 2c SGB V in Orientierung an den bundesweit höchsten bisherigen PT-Auszahlungspunktwert (4,64 Cent) zzgl. 2 % (Effekt: 160 Mio. Euro)

Arzt- und Praxisbezogene Regelleistungsvolumen



Schmerztherapie im EBM 2009

Beschluss des E-BA vom 27.28.8.2008, Teil F:

- Spezielle Schmerztherapie ist für *nicht* ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte (analog QS § 135 Abs. 2) außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV)
- Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte erhalten ein eigenes RLV:

$$\text{RLV}_{\text{Arzt}} = \text{FW}_{\text{AG}} * \text{FZ}_{\text{Arzt}}$$

$$\text{FW}_{\text{AG}} = \frac{\text{RLV}_{\text{AG}}}{\text{FZ}_{\text{AG}}}$$

$$\text{RLV}_{\text{AG}} = \frac{\text{LB}_{\text{AG}}}{\text{LB}_{\text{VB}}} * \text{RLV}_{\text{VB}}$$

Schmerztherapie im EBM 2009

5. **Berechnung des arzt- und praxisbezogenen Regelleistungsvolumens nach § 87b Abs. 2 und 3 SGB V**

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

FZ_{Arzt} : Anzahl kurativ-ambulanter Arztfälle eines Arztes gemäß 2.3 im Vorjahresquartal unter Berücksichtigung der Staffelung der Fallwerte gemäß 3.2.1.

Das ermittelte Regelleistungsvolumen je Arzt ist gegebenenfalls entsprechend den nach 3.6 festgestellten Praxisbesonderheiten anzupassen.

Schmerztherapie im EBM 2009

3.2.1 Regelleistungsvolumen (RLV)

Jeder Arzt einer Arztgruppe gemäß Anlage 1 erhält ein arztgruppenspezifisches Regelleistungsvolumen. Die Höhe des Regelleistungsvolumens eines Arztes ergibt sich für die in Anlage 1 benannten Arztgruppen aus der Multiplikation des zum jeweiligen Zeitpunkt gültigen KV-bezogenen arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG}) gemäß Anlage 2 und der Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal. Der für einen Arzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert nach Satz 2 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 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe,
- um 75 % für Fälle über 200 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

Schmerztherapie im EBM 2009

4. Berechnung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gemäß 3.2.1

Schritt 1: Ermittlung der arztgruppenspezifischen Anzahl der kurativ-ambulantem Arztfälle gemäß 2.3 des Vorjahresquartals

(FZ_{AG})

Schritt 2: Ermittlung des arztgruppenspezifischen Fallwertes (FW_{AG})

$$FW_{AG} = \frac{RLV_{AG}}{FZ_{AG}}$$

Schmerztherapie im EBM 2009

3. Berechnung des arztgruppenspezifischen Anteils am RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs (RLV_{AG})

$$RLV_{AG} = \frac{LB_{AG}}{LB_{VB}} * RLV_{VB}$$

LB_{VB} : Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen aller Arztgruppen gemäß Anlage 1 des Versorgungsbereichs

LB_{AG} : Leistungsbedarf in Punkten in 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, abzgl. der Leistungen nach 2.2, zzgl. EBM₂₀₀₈-Anpassungen einer Arztgruppe

AG: Arztgruppe gemäß Anlage 1

RLV_{VB} : RLV-Vergütungsvolumen eines Versorgungsbereichs gemäß 2.

Schmerztherapie im EBM 2009

1. Berechnung des vorläufigen RLV-Vergütungsvolumens eines Versorgungsbereichs ($VRLV_{VB}$)

$$VRLV_{VB} = \frac{VG_{VB}}{VG} * RLV_{VG}$$

VG: Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen aller Arztgruppen

VG_{VB} : Vergütungsvolumen 2007 ohne die antrags- und genehmigungspflichtigen Leistungen der Psychotherapie des Abschnitts 35.2, multipliziert mit dem Faktor für EBM₂₀₀₈-Anpassungen des jeweiligen Versorgungsbereichs

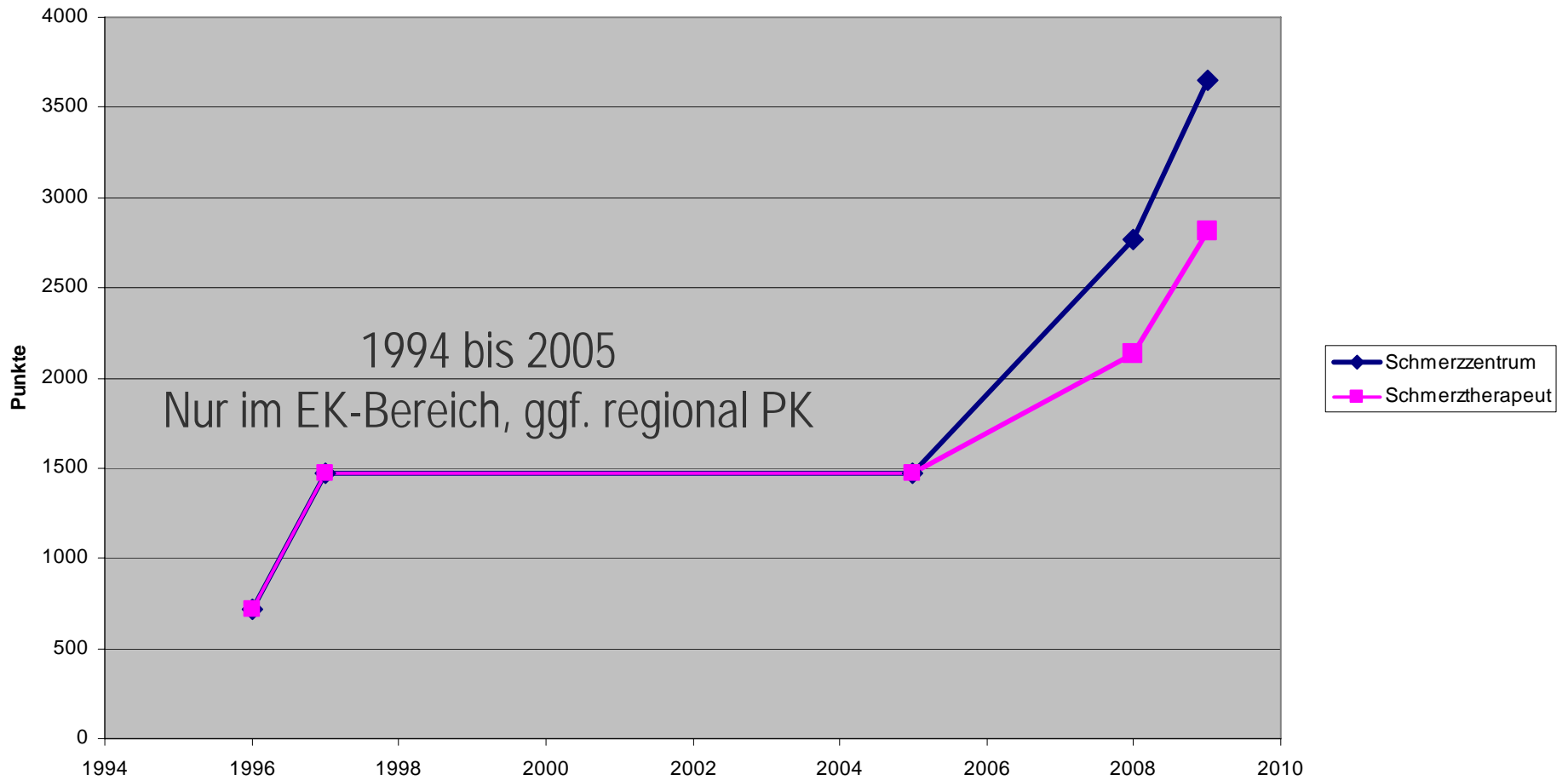
VB: hausärztlicher und fachärztlicher Versorgungsbereich

RLV_{VG} : RLV-Vergütungsvolumen gemäß 3.1

Schmerztherapie im EBM 2009

- Durch die RLV erfolgt eine Mengensteuerung für *Schmerzzentren*
- Für nicht ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Ärzte ist die ST außerhalb der RLV
- Die Morbidität ist im Rahmen der Schmerztherapie bisher schwer zu erheben
- Einführung neuer ICD-Codes mit dem Jahr 2009 werden die Abbildung erleichtern.

Fallwert 1996 bis 2009



Ausblick

- „Redaktionelle“ Änderung der GOP 30702
- Überarbeitung der Vergütung für Fallpauschalen
- Implementierung von diagnosebezogenen Fallpauschalen?
- „pay for performance“ für schmerztherapeutische Patienten?

Diagnosebezogene Fallpauschalen

- Auch durch die Einführung der neuen ICD bestehen nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten der differenzierten Betrachtung von schmerztherapeutischen Fällen
- Schmerztherapie ist nur äußerst eingeschränkt geeignet für die Einführung von *differenzierten* diagnosebezogenen Fallpauschalen

„pay for performance“

- „Performance-Ziele“ sind in der Schmerztherapie schwierig zu definieren
- Wie kann man eine „gute“ Therapie messen?
- Weiterentwicklung des Abschnitts Schmerztherapie gemeinsam mit den Fachleuten

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit