

KOLLEKTIV- UND SELEKTIVVERTRÄGE IN DER ÄRZTLICHEN VERSORGUNG



Vortragsreihe 2024 – Fit für die Niederlassung? – am 24. April 2024

Wolfgang Thomas, Leiter der Abteilung Verträge





© ASSALVE – ISTOCKPHOTO.COM

Themen

I. ALLGEMEINES

- Warum vertragsärztliche Versorgung?
- Vertragsbeziehungen in der GKV
- Unterschiede Kollektiv-/Selektivvertrag

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN

- BMV-Ä/Gesamtvertrag
- Gesamtvergütung/Honorarvereinbarung



© ASSALVE – ISTOCKPHOTO.COM

Themen

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN

- Neue Vertrags- und Versorgungsformen
- Gründe zum Abschluss von Selektivverträgen

I. ALLGEMEINES

– WARUM VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG?

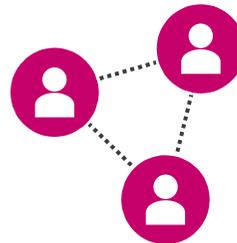
Zuzahlungsziffer	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Heilmittelverordnung 13
Zuzahlungspflicht	Name, Vorname des Versicherten geb. am	
Unfallfolgen		
BVG	Kostenrückerkennung	<input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> Podologische Therapie <input type="checkbox"/> Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Ernährungstherapie
	Versicherten-Nr.	
	Status	
	Betriebsärztin-Nr.	
	Arzt-Nr.	
	Datum	
Behandlungsrelevante Diagnose(n) ICD-10-Code		
<input type="checkbox"/> Diagnosegruppe <input type="checkbox"/> Leitsymptomatik gemäß Heilmittelkatalog <input type="checkbox"/> a <input type="checkbox"/> b <input type="checkbox"/> c <input type="checkbox"/> patientenindividuelle Leitsymptomatik <small>Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)</small>		
Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges		
Heilmittel		Behandlungseinheiten
Ergänzendes Heilmittel		
<input type="checkbox"/> Therapiebericht <input type="checkbox"/> Hausbesuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Therapiefrequenz		
<input type="checkbox"/> Dringlicher Behandlungsbedarf (innerhalb von 14 Tagen)		
ggf. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise		
IK des Leistungserbringers		Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
		Muster 13 (10.2020)

I. ALLGEMEINES

– WARUM VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG?

§ 72 SGB V – Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Ärztinnen/Ärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, Medizinische Versorgungszentren (MVZ) und Krankenkassen wirken zur Sicherstellung der Versorgung der Versicherten zusammen.

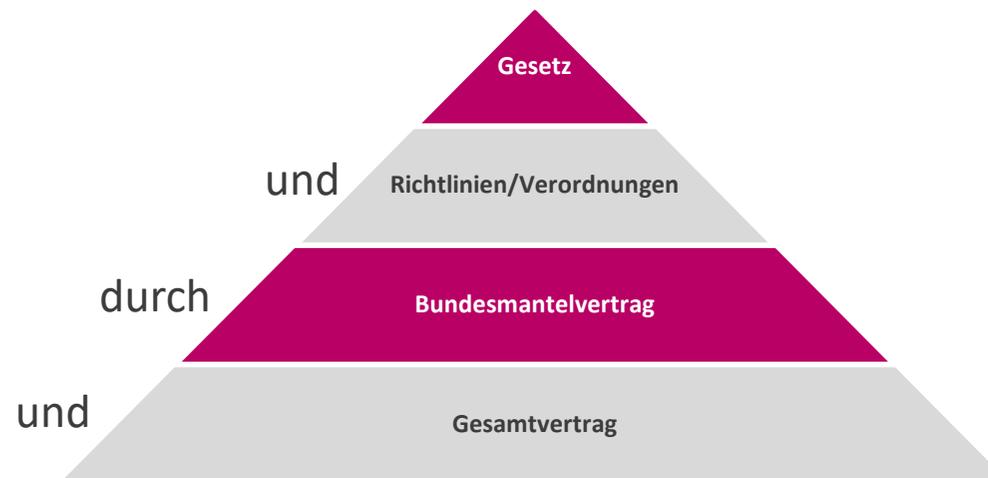


I. ALLGEMEINES

– WARUM VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG?

§ 72 SGB V – Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung

Vertragsärztliche Versorgung ist im Rahmen von

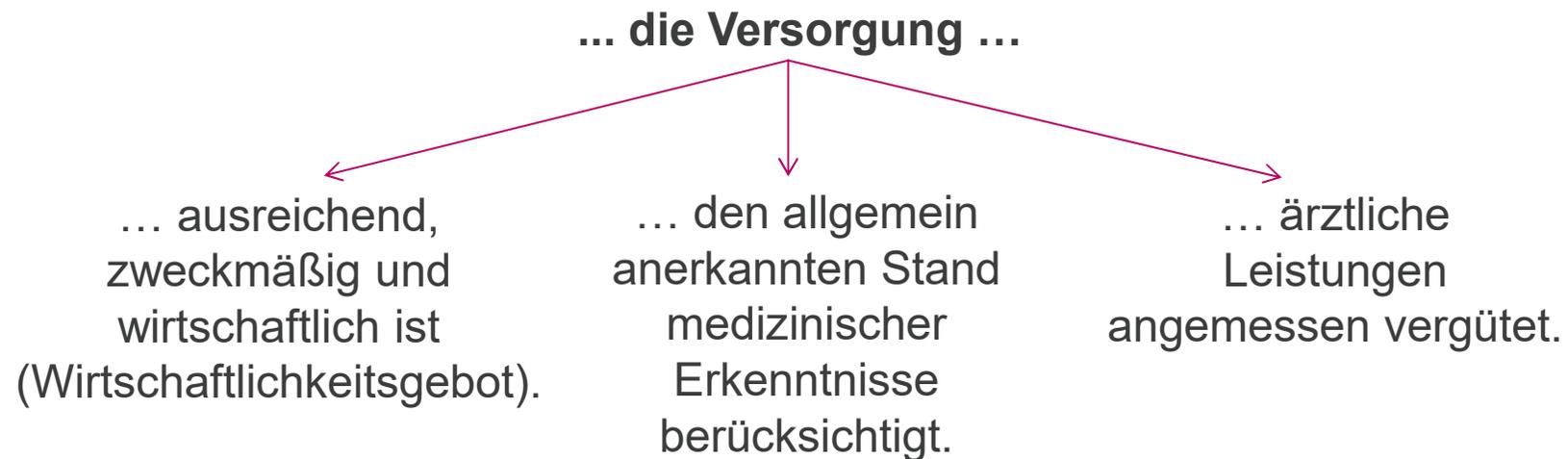


von den KVen und Krankenkassen so zu regeln, dass ...

I. ALLGEMEINES

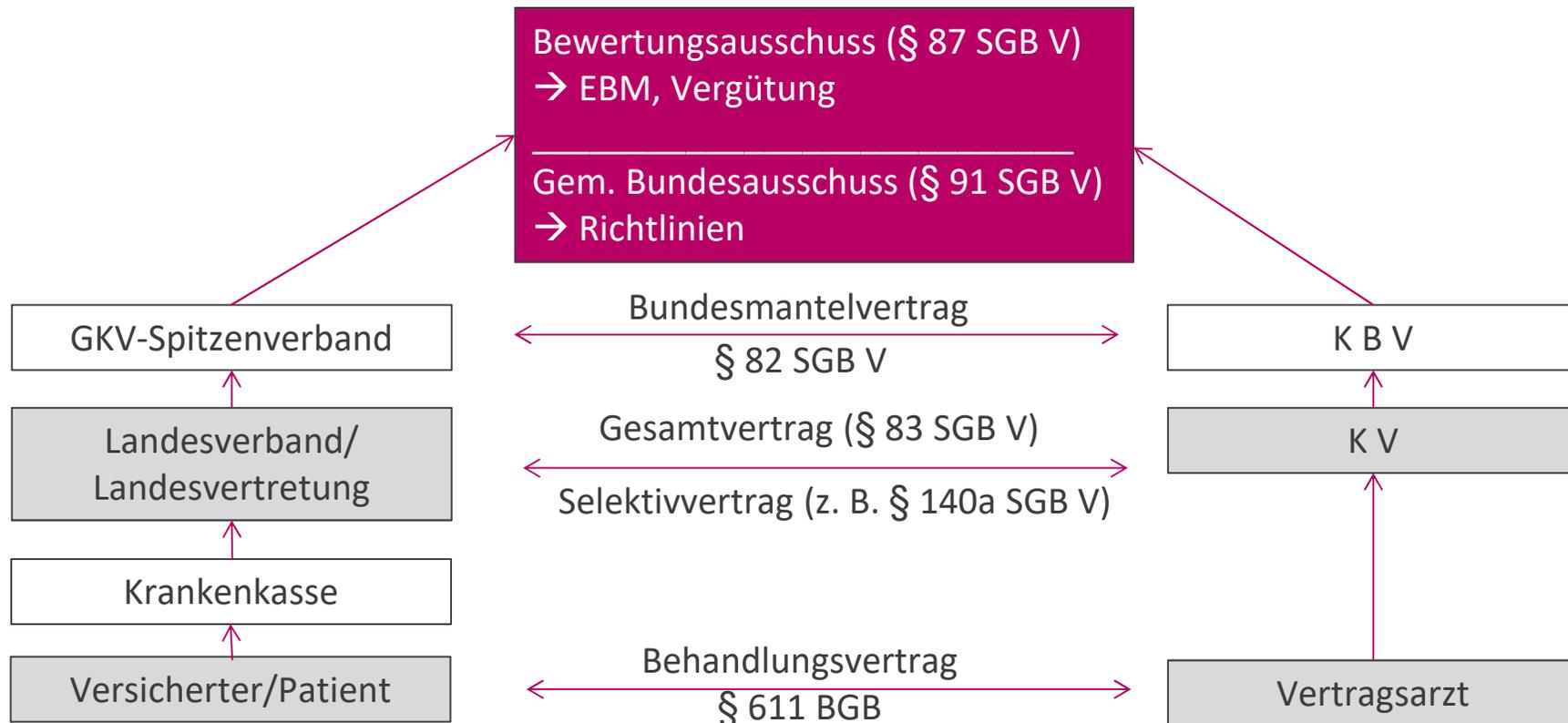
– WARUM VERTRAGSÄRZTLICHE VERSORGUNG?

§ 72 SGB V – Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung



I. ALLGEMEINES

– VERTRAGSBEZIEHUNGEN IN DER GKV



I. ALLGEMEINES

– UNTERSCHIEDE KOLLEKTIV-/SELEKTIVVERTRAG

Kollektivverträge

- Vertragsabschluss **verpflichtend**
- Vertragspartner KBV/KV und Krankenkassen/-verbände (und gegebenenfalls Dritte)
- gelten für **alle** Vertragsärztinnen/Vertragsärzte, Psychotherapeutinnen/Psychotherapeuten, MVZ
- gelten für alle Krankenkassen mit Versicherten im KV-Bereich

- **kein Wahlrecht** zur Teilnahme



Selektivverträge

- Vertragsabschluss **freiwillig**
- viele Vertragspartner möglich (Krankenkassen, Ärzte, Arztgruppen, nichtärztliche Leistungserbringer)
- gelten nur für im Vertrag **definierte** Vertragsärztinnen/Vertragsärzte (Region, Fachgruppen, Qualifikation, Praxisausstattung)
- gelten nur für im Vertrag genannte Versicherte (Altersgruppen, Krankheitsbilder)
- Teilnahme für Ärztinnen/Ärzte und Versicherte **freiwillig** (schriftliche Teilnahmeerklärung, Datenschutz)

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - BMV-Ä / GESAMTVERTRAG

Bundesmantelvertrag (BMV-Ä)



Grundsätze und Rahmenbedingungen der vertragsärztlichen Versorgung für **alle KVen**, zum Beispiel

- Zulassung, Ermächtigung
- Rechte und Pflichten Ärztinnen/Ärzte, KV, Krankenkassen
- Umfang der ärztlichen Behandlung

BMV-Ä ist Bestandteil der Gesamtverträge.

Gesamtvertrag



Einzelheiten der vertragsärztlichen Versorgung **auf Landesebene**, zum Beispiel

- Sammelerklärung
- Abrechnung von Leistungen
- Prüfung der Abrechnung

Gesamtvertrag konkretisiert und ergänzt Regelungen des BMV-Ä.

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - BMV-Ä / GESAMTVERTRAG

BMV-Ä	Gesamtvertrag
<p>Jede Ärztin/jeder Arzt muss einen Vertragsarztstempel verwenden. (§ 37 BMV-Ä)</p>	<p>Der Arztstempel muss folgende Inhalte enthalten: (§ 7 Gesamtvertrag)</p>
<p>Was sind Belegärztinnen/Belegärzte, wie ist das Verfahren zur Anerkennung? (§ 38 ff. BMV-Ä)</p>	<p>Wie werden belegärztliche Leistungen vergütet? (Belegarztvertrag / Anlage zur Honorarvereinbarung)</p>
<p>Bei der Abrechnung sind die Diagnosen/ICD anzugeben und die Daten sind maschinenlesbar zu übermitteln. (§ 44 BMV-Ä)</p>	<p>Es gelten die Abrechnungsbestimmungen der KV; Abrechnungsausschluss für Behandlungsfälle 18 Monate nach Quartalsende. (§ 8 Gesamtvertrag)</p>

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - BMV-Ä / GESAMTVERTRAG

Vereinbarung eGK
(Anlage 4 BMV-Ä)

RL KBV
zur Vergabe
LANR/BSNR

HM-RL (BMV-Ä)

Heilmittelverordnung 13

Physiotherapie
 Podologische Therapie
 Stimm-, Sprech-, Sprach- und Schlucktherapie
 Ergotherapie
 Ernährungstherapie

Diagnosegruppe **Leitsymptomatik** a b c patientenindividuelle Leitsymptomatik
gemäß Heilmittelkatalog
Leitsymptomatik (patientenindividuelle Leitsymptomatik als Freitext angeben)

Heilmittel nach Maßgabe des Kataloges
Heilmittel Behandlungseinheiten

ergänzendes Heilmittel

Therapiebericht Hausbesuch ja nein Therapiefrequenz

Dringlicher Behandlungsbedarf innerhalb von 14 Tagen

ggw. Therapieziele / weitere med. Befunde und Hinweise

IK des Leistungserbringers

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 13 (16.2020)

Vordruckvereinbarung
(Anlage 2 BMV-Ä)
Muster 13

Arztstempel
(BMV-Ä/Gesamtvertrag)

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN

Gesamtvertrag / weitere kollektivvertragliche Regelungen:

- Honorarvereinbarung (§ 87, 87a - c SGB V)
- Onkologie-Vereinbarung
- Regelung zu Sachkosten (bei Katarakt-Operationen oder LDL-Apherese)
- Prüfvereinbarung zur Überwachung der Wirtschaftlichkeit (§ 106 SGB V)
- Arznei- und Heilmittelvereinbarungen (§ 84 SGB V)

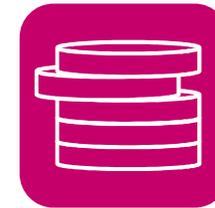
.....

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG / HONORARVEREINBARUNG

Gesamtvergütung (§ 85 SGB V)

Die Krankenkasse entrichtet

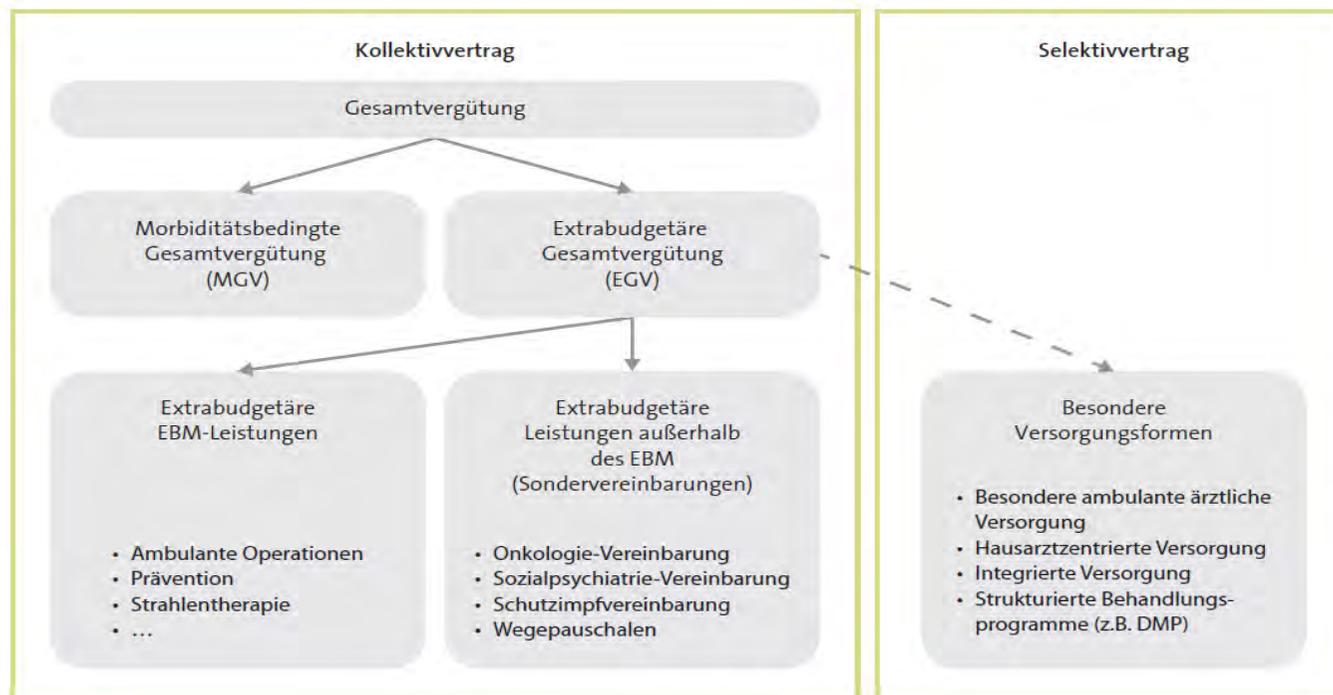
- nach Maßgabe der Gesamtverträge
- an die jeweilige KV mit befreiender Wirkung
- eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung
- der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KV
- einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen.



„... Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die **Gesamtheit** der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen.“

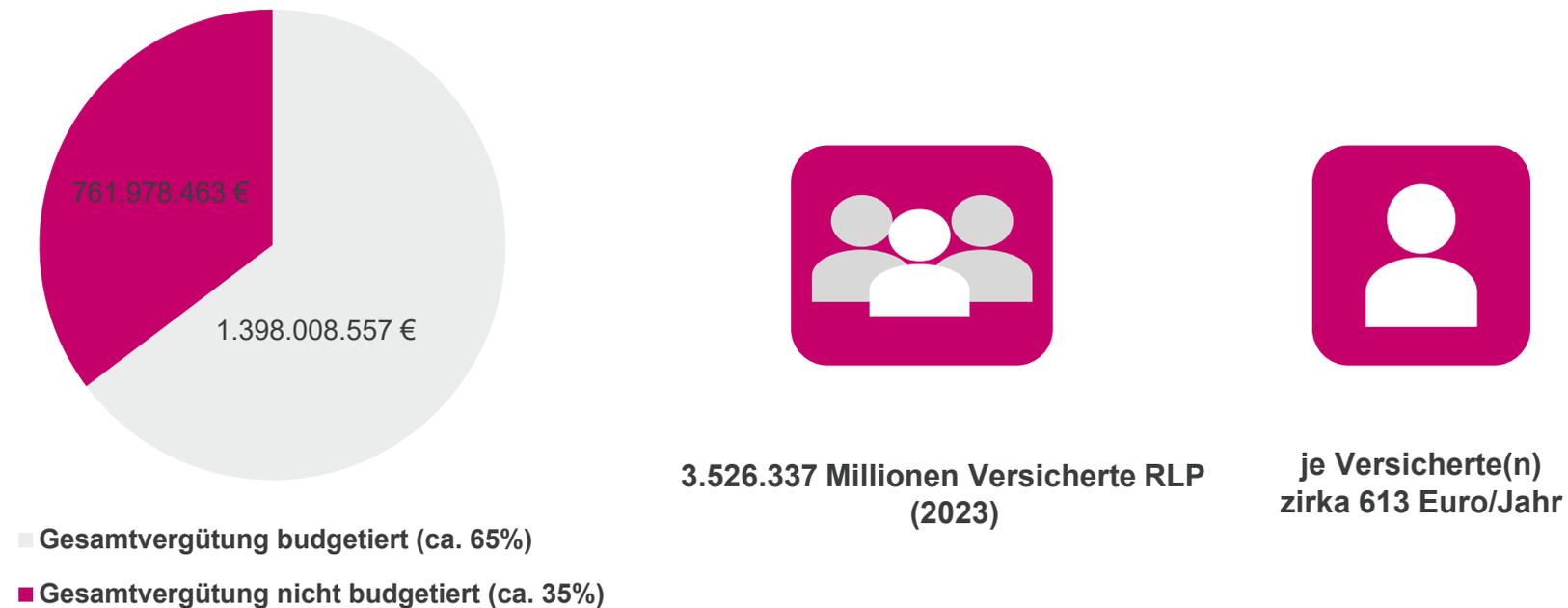
II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG/HONORARVEREINBARUNG

Bestandteile der Gesamtvergütung



II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG/HONORARVEREINBARUNG

Wie hoch ist die von den Kassen gezahlte Gesamtvergütung in RLP?



II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG / HONORARVEREINBARUNG

Was wird auf Landesebene geregelt? – Pflichtaufgaben

- Grundlage für regionale Verhandlungen sind Beschlüsse des (Erweiterten) Bewertungsausschusses (E)BA) im Herbst des Jahres für das Folgejahr
- Retrospektives Berechnungsmodell
Veränderungen von 2021 zu 2022 sind maßgeblich für Honorar 2024
- „**Preis**“ für ärztliche Leistungen → **Orientierungswert** (2024: 11,9339 Cent)
- „**Menge**“ der ärztlichen Leistungen in Punkten → **Behandlungsbedarf**

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG / HONORARVEREINBARUNG

Was wird auf Landesebene geregelt? – Pflichtaufgaben

- Anpassung des Behandlungsbedarfs aufgrund Veränderung der Morbiditätsstruktur (Gewichtung der Veränderungsraten Diagnosen, Alter und Geschlecht)

Veränderungsraten RLP für 2024:

- Behandlungsdiagnosen: + 0,1771 %
 - Alter und Geschlecht: + 0,1711 %
 - bei hälftiger Gewichtung: + 0,1741 %
-
- Berücksichtigung des sog. „Kassenwechslereffekts“: + 0,0548 %

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG/HONORARVEREINBARUNG

Was wird auf Landesebene geregelt? – optional

- extrabudgetäre Vergütung für zusätzliche Leistungen (über Beschluss BA hinaus)
- Vergütungszuschläge für förderungswürdige Leistungen / Leistungserbringer
- Sondertopf zur Förderung regionaler Strukturen in RLP

2024 insgesamt 12 Millionen Euro, davon

- 7,8 Millionen Euro zur Förderung der Strukturen des Notdienstes
- 4,2 Millionen Euro für förderungswürdige Leistungen

II. KOLLEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GESAMTVERGÜTUNG/HONORARVEREINBARUNG

Förderungswürdige Leistungen 2024 in Rheinland-Pfalz

Fördergebiet	Fördersumme in Euro/Jahr	Förderungswürdige Leistungen (GOP im EBM)
Besuche von nichtärztlichen Praxisassistentinnen/-assistenten (NäPA)	800.000	03062 und 03063
Leistungen der Schmerztherapie von Fachärzten	500.000	30700
Polysomnographie	500.000	30901
Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U3 bis U6	400.000	01713 bis 01716
Besuche von Patienten durch qualifiziertes nicht-ärztliches Personal	500.000	38100, 38105
Besuche/Mitbesuche in Pflegeheimen mit einem Kooperationsvertrag	500.000	37102
Grundpauschale Rheumatologie	500.000	13690 bis 13692
Wechsel/Legen eines Katheters in Verbindung mit einem Besuch	500.000	

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

Vertragsformen und Änderungen durch GKV-VSG

1. Modellvorhaben (§§ 63, 64 SGB V)
2. Strukturverträge (§ 73a SGB V) -> **gestrichen**
3. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V)
4. Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§ 73c SGB V) -> **geändert**
5. Besondere (Integrierte) Versorgung (§ 140a bis d SGB V)
6. Disease-Management-Programme (§ 137f SGB V)
7. Ambulante spezialärztliche Versorgung (§ 116b SGB V)
8. Versorgung mit Schutzimpfungen (§ 132e SGB V)



III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

Selektivverträge der KV RLP

Vertrag	mit
Adipositas	BKK, IKK
Depression	BKK
Diabetes-Begleiterkrankungen	AOK, DAK, KKH, HEK, TK
DMP-Programme (Diabetes mellitus Typ 1 und 2, Brustkrebs, Asthmas/COPD, Koronare Herzkrankheit – KHK)	alle Krankenkassen, außer AOK!
Hautkrebsfrüherkennung	BKK, IKK (BIG), Knappschaft, TK, BARMER, HEK

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

Selektivverträge der KV RLP

Vertrag	mit
Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)	AOK, BKK, Knappschaft
Homöopathie	BKK, IKK Classic
Hypertonie	AOK, DAK, HEK, KKH, TK
Kinderfrüherkennung (U10, U11, J2)	AOK, BKK, Knappschaft, TK
Früherkennung /Vorsorge bei Schwangerschaft	BKK (seit 01.04.2019, IKK (BIG), DAK

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

3. Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V ab 1. Januar 2004, zuletzt geändert durch TSVG zum 11. Mai 2019)



Grundidee:

Inanspruchnahme fachärztlicher Leistungen grundsätzlich nur auf Überweisung Hausärztin/Hausarzt als Loste im Gesundheitswesen

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

HZV-Verträge in RLP

Hausärzteverband RLP

zum Beispiel mit TK, BARMER, DAK-G,
SVLFG, GWQ (für BKK und IKK),
aber auch mit AOK RPS

bilden weite Teile des hausärztlichen Kapitels
des EBM ab

mGV der KV RLP wird bereinigt

zusätzliche Software erforderlich (Kosten)

Abrechnung über HÄVG

Hausärzteverband & KV RLP

mit AOK RPS und
BKK LV Mitte

beinhalten **keine** EBM-Leistungen,
sondern neue zusätzliche Leistungen

keine Bereinigung der mGV

keine zusätzliche Software erforderlich

Abrechnung über KV RLP
mit Quartalsabrechnung

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

5. Besondere (Integrierte) Versorgung (§ 140a SGB V)

Verträge über eine verschiedene **Leistungssektoren übergreifende** Versorgung oder eine **interdisziplinär-fachübergreifende** Versorgung sowie über **besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge**

- Rechtsgrundlage für die meisten neuen Selektivverträge
- „Altverträge“ (§§ 73a, 73c SGB V) müssen bis 31. Dezember 2024 ersetzt werden.
- Vertragspartner können unter anderem Ärztinnen/Ärzte, Gemeinschaften von Ärztinnen/Ärzten oder **KVen** sein.
- Versicherte müssen Teilnahme schriftlich gegenüber ihrer Krankenkasse erklären und Datenverarbeitung zustimmen.

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

6. Disease-Management-Programme - DMP (§ 137f SGB V)

DMP steht für eine sektorenübergreifende **Optimierung standardisierbarer Versorgungsabläufe** bei der Versorgung von **chronisch Kranken**.

Die KV RLP hat Verträge im Bereich DMP zur Behandlung von

- Diabetes mellitus Typ-1,
- Diabetes mellitus Typ-2,
- Brustkrebs,
- KHK,
- Asthma/COPD.

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

Gemeinsamer Bundesausschuss hat aktuelle DMP-Anforderungs-Richtlinien beschlossen zu

- Herzinsuffizienz,
- Chronischer Rückenschmerz,
- Depression,
- Osteoporose.



Verhandlungen mit Krankenkassen in allen KV-Bereichen

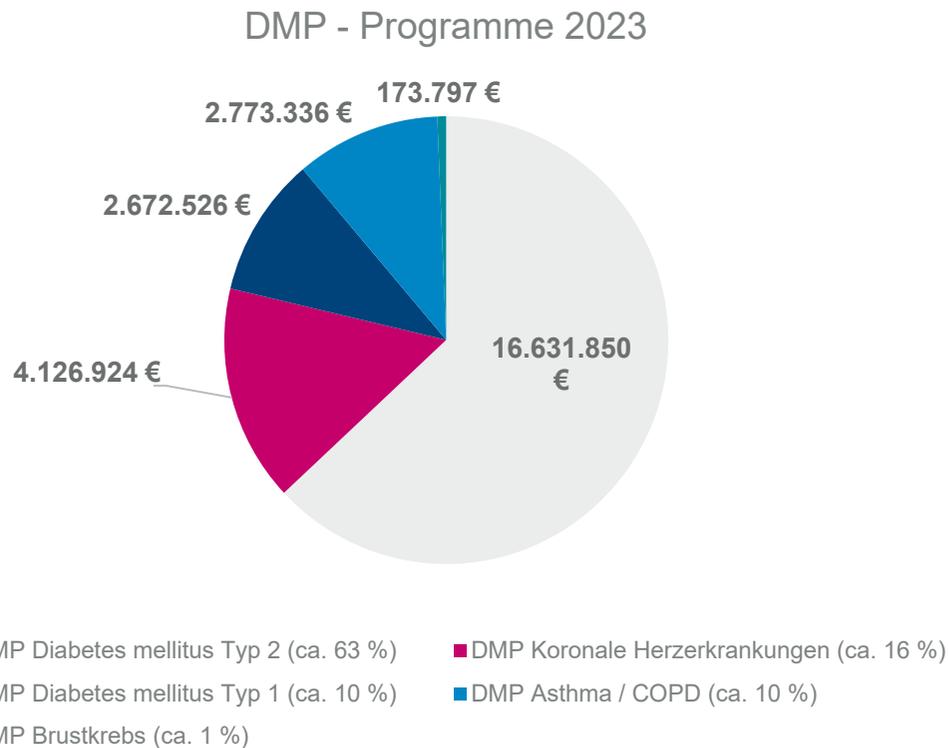
In RLP vermutlich in 2024 Start DMP Osteoporose

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN

Wesentliche Bestandteile der DMP-Verträge:

- Erst-/Folgedokumentation (20 Euro)
- Schulung der eingeschriebenen Patienten (zwischen 28 Euro und 38 Euro pro Unterrichtseinheit und Patientin/Patient)
- Pauschalen zum Beispiel für Einleitung von Insulintherapien, Intervention bei Nichterreichen von Zielen (Diabetes); Fußambulanzen (Diabetes)
- Beratung durch Diabetesberater/Diabetesberaterinnen der Praxis

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - NEUE VERTRAGS- UND VERSORGUNGSFORMEN



Gesamtvolumen DMP-Verträge KV RLP 2023 zirka 26,4 Millionen Euro, davon knapp 16,6 Millionen Euro für DMP Diabetes mellitus Typ-2

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

1. Warum bekommen die Ärztinnen/Ärzte nicht einfach mehr Geld über die Honorarverteilung und sollen bei Selektivverträgen mitmachen?



- ... weil weite Teile der Vergütung reglementiert sind.
- ... weil „gemeinsamen und einheitlicher“ Abschluss der Honorarvereinbarung eine kassen(arten)individuelle Förderung von Leistungen verhindert.
- ... weil die Kassen nicht bereit sind, von den Empfehlungen der Bundesebene abzuweichen.



III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

2. Warum schließt die KV überhaupt solche Verträge?

- ... weil wir damit zusätzliche Vergütungen erschließen können.
- ... weil wir lieber Verträge mitgestalten (Teilnahmebedingungen, Abrechnung).
- ... weil es sonst andere machen (Berufsverbände, Managementgesellschaften).

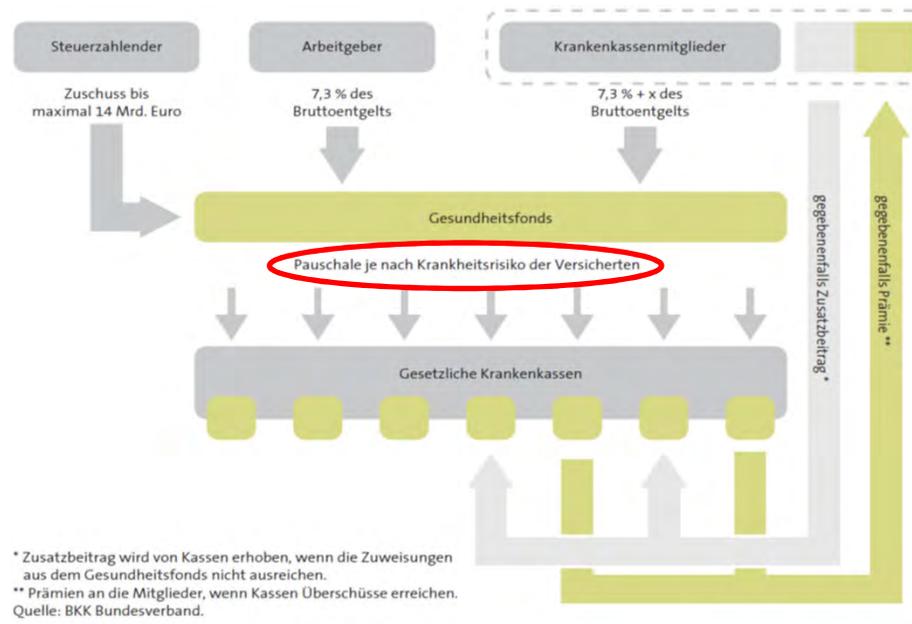


III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

3. Warum spielen Diagnosen bei Verträgen eine immer größere Rolle?



Finanzierung der Krankenkassen



III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

3. Warum spielen Diagnosen bei Verträgen eine immer größere Rolle?



➤ Für Vertragsärztinnen/Vertragsärzte/KV:

Dokumentierte Diagnosen bei Abrechnung bilden Grundlage zur „Messung“ der Morbidität und damit zur Veränderung der mGV.

➤ Für Krankenkassen

Abrechnungsdiagnosen sind Grundlage für Mittelzuweisung aus dem Gesundheitsfonds.

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

4. Muss ich bei den Selektivverträgen mitmachen?

... nein. Bei allen Selektivverträgen der KV ist die Teilnahme für die Ärztinnen/Ärzte freiwillig.



5. In welchem Verhältnis steht mein Ertrag zum Aufwand?

... das muss jede Ärztin/jeder Arzt für sich entscheiden.



III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN



Honorarverteilung III/2023:

- Fallwert Allgemeinärzte/hausärztliche Internisten: 77,08 Euro
- Fallwert fachärztliche Internisten/Lungenärzte: 170,69 Euro

Höchster Abrechnungswert III/2023:

- Vertrag Diabetes-Begleiterkrankungen DAK: 10.272,00 Euro
- Vertrag Depression BKK: 4.650,00 Euro
- Vertrag Gesundheit PLUS: 4.860,00 Euro

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

Vorteile von **Selektiv**-Verträgen:



- punktuelle und verbesserte Abdeckung von Patientenbedürfnissen / Schnittstellen
- gut, falls sie die Qualität und Effizienz erhöhen und den Vertragsärztinnen / Vertragsärzten eine **zusätzliche** Vergütung bieten.
- mehr Gestaltungsmöglichkeiten/höhere Flexibilität
- Kassen können gezielt Akzente in der Versorgung setzen.
- Nutzung der vorhandenen Infrastruktur der KV ist möglich.

III. SELEKTIVVERTRAGLICHE REGELUNGEN - GRÜNDE ZUM ABSCHLUSS VON SELEKTIVVERTRÄGEN

Nachteile von **Selektiv-**Verträgen:



- verpflichtende (schriftliche) Teilnahmeerklärung für Versicherte und Ärzte
- Kassen können sich die Vertragspartner aussuchen (kein Kontrahierungszwang) und Voraussetzungen für die Teilnahme definieren
- Umfangreichere Einzelverträge mit Bereinigung können Gesamtvergütung drastisch reduzieren.
- Bürokratischer Overkill bei Krankenkasse / Vertragsarzt (wie viele unterschiedliche Einzelverträge kann eine Arztpraxis umsetzen?) mit unterschiedlichen Abrechnungsstellen

NÜTZLICHE INTERNETSEITEN:



www.kv-rlp.de, Praxis, Verträge



www.kbv.de, Rechtsquellen, Verträge



www.kbv.de, Beschlüsse des Bewertungsausschusses



www.g-ba.de, Informations-Archiv, Richtlinien / Beschlüsse

A close-up photograph of two people shaking hands. The person on the left is wearing a grey sweater, and the person on the right is wearing a purple and white striped shirt. The background is blurred, suggesting an indoor setting.

Wir sind an Ihrer Seite.

**Wenn Sie Fragen haben, rufen Sie uns gerne an
oder schreiben Sie uns!**