

Vertreterversammlung der KV Nordrhein 27. November 2010



Kassenzärztliche Vereinigung
Nordrhein

Bericht des Vorstands

Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- Ausblick 2011
- Arzneimittelvereinbarung 2011
- Kodierrichtlinien
- Stand eGK



■ Ausgabenbegrenzungen

- Verwaltungskosten der Krankenkassen werden in 2011 und 2012 auf das Niveau von 2010 begrenzt.
- „In Fällen unabweisbaren personellen Mehrbedarfs durch gesetzlich neu zugewiesene Aufgaben kann die Aufsichtsbehörde eine Ausnahme (...) zulassen.“
- „Bei Krankenkassen, die bis zum 31.12.2011 nicht an mindestens zehn Prozent ihrer Versicherten elektronische Gesundheitskarten (...) ausgegeben haben, reduzieren sich (...) die Verwaltungsausgaben im Jahr 2012 gegenüber dem Jahr 2010 um zwei Prozent.“
- Preise für akutstationäre Leistungen bleiben 2011/2012 auf die Hälfte der Grundlohnsummensteigerung begrenzt.
- Der Orientierungspunktwert wird 2011/2012 auf dem aktuellen Niveau (3,5048 Ct.) festgeschrieben.

■ Ausgabenbegrenzungen

- 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

- 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



- 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.

Wahl der Kostenerstattung nach § 13 SGB V

- Die Aufklärung des Patienten durch den Arzt über (anteilige) Kosten, die ggf. nicht von der Kasse erstattet werden, muss nicht mehr schriftlich dokumentiert werden.
- Die Mindestbindungsfrist des Versicherten an die von ihm gewählte Kostenerstattung wird von einem Jahr auf ein Kalenderquartal verkürzt.
- Abschläge der Kasse auf den Erstattungsbetrag wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsprüfung entfallen.



Wahltarife nach § 53 SGB V

- Die Mindestbindungsfrist für Wahltarife
 - Prämie bei Leistungsfreiheit
 - ermäßigter Beitrag bei Selbstbehalt
 - Arzneimittel für besondere Therapierichtungen wird von drei Jahren auf ein Jahr verkürzt.
- Die Aufwendungen für jeden Wahltarif müssen aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen auf Dauer finanziert werden. Die Krankenkassen haben darüber regelmäßig (...) Rechenschaft abzulegen. Sie haben hierzu ein versicherungsmathematisches Gutachten vorzulegen (...).



Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- **Ausblick 2011**
- Arzneimittelvereinbarung 2011
- Kodierrichtlinien
- Stand eGK



Vertragsärztliche Vergütung

- Asymmetrische Verteilung der Vergütung wird gesetzlich geregelt (für 2011)
 - Methode: Anpassung des durchschnittlichen Behandlungsbedarfs je Versicherten in einer KV-Region, wenn dieser einen vom Bewertungsausschuss festzulegenden Schwellenwert unterschreitet.

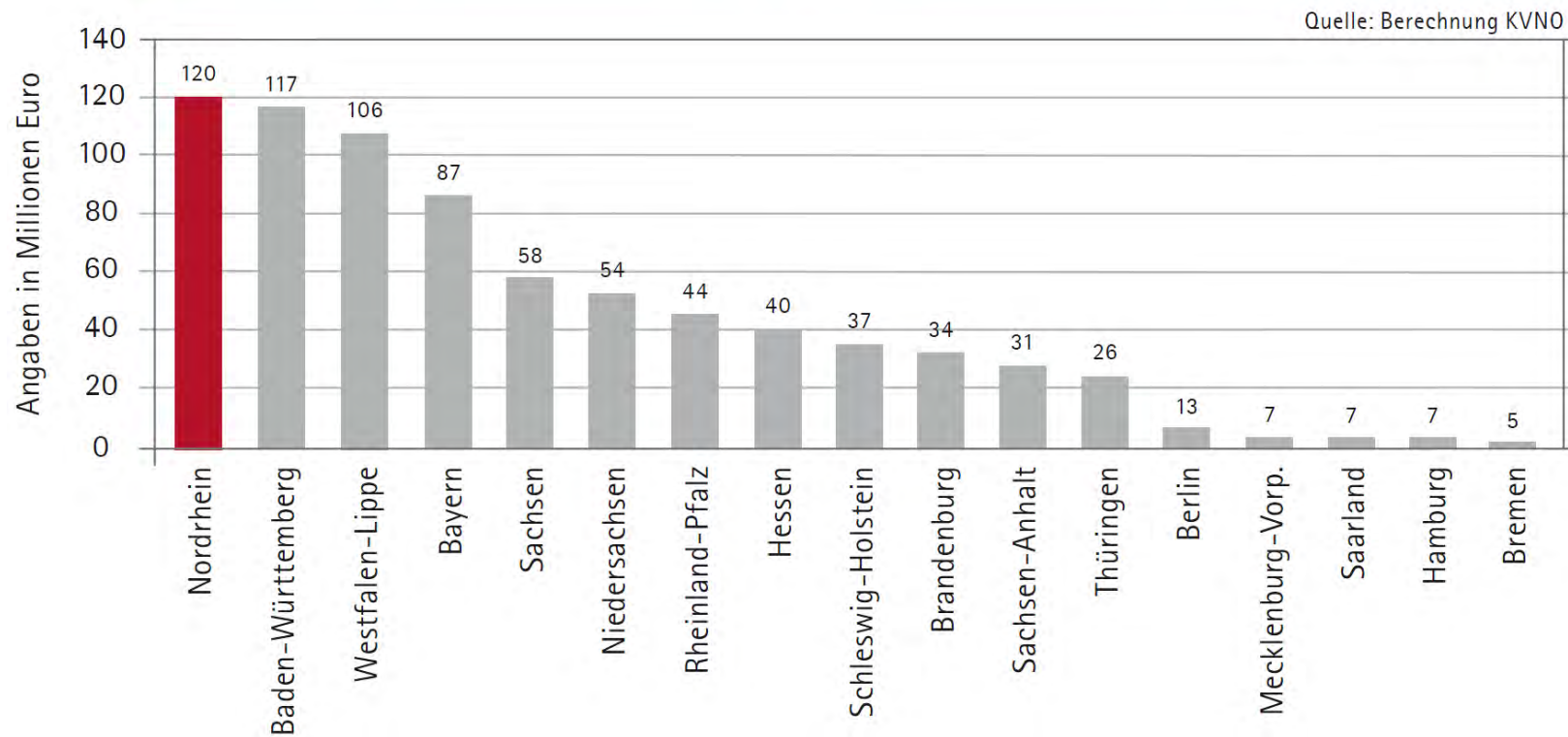


Anhebung aus der Asymmetrie

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
Westfalen-Lippe	8.780	307,73	1	3,46	10,65
Nordrhein	9.062	317,62	1	3,46	10,99
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
Berlin	10.948	383,69	4	0,00	0,00
Saarland	10.328	361,97	3	1,05	3,80
Meck.-Vorp.	10.529	383,69	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
Durchschnitt	9.628	337,43		2,13	7,19

Honorarzuwachs

Zuwachs der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung 2011



Klage der KV Nordrhein

Ziel der Klage der KV Nordrhein gegen die KBV und den Spitzenverband Krankenkassen:

- Neuer Beschluss des Bewertungsausschusses,
 - die Honorarverteilungsquote (HVV-Quote) für die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein aufzuheben und
 - auf den Wert in Höhe von 0,9517 (Ost-KVen) für das Jahr 2009 und das Jahr 2010 festzusetzen.



Klage der KV Nordrhein

Mit der Klage soll weiterhin festgestellt werden, dass die durch den erweiterten Bewertungsausschuss und den Bewertungsausschuss getroffenen Festsetzungen

- der HVV-Quoten für die Berechnung des Behandlungsbedarfs
- zur (Nicht-)Berücksichtigung von Indikatoren zur regionalen Besonderheit in der Versorgungsstruktur und in der Kostenstruktur
- zum Verfahren zur Berechnung des Regelleistungsvolumens
- zu den Grundsätzen zur Bildung von Rückstellungen sowie
- die Festsetzungen der Beschlüsse der Konvergenzverfahren vom 15.01.2009 und vom 27.02.2009 offensichtlich gesetzeswidrig sind und keine Wirkung für die KV Nordrhein entfalten.



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.



Ausblick 2011

- 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.



Anpassung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs

- Die Vereinbarung für die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung betrifft die Jahre 2011 und 2012.
- 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.

Fallwerte je Quartal (1/2011)

(I)

Arztgruppe	Fallwert 4/2010	Fallwert 1/2011
Fachärzte für Innere u. Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem Hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	33,91 €	37,41 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	29,39 €	33,02 €
Fachärzte für Anästhesiologie	10,96 €	9,82 €
Fachärzte für Augenheilkunde ohne Fluoreszenzangiographie	18,88 €	16,59 €
Fachärzte für Augenheilkunde mit Fluoreszenzangiographie	18,88 €	16,59 €
Fachärzte für Chirurgie, für Kinderchirurgie, für Plastische Chirurgie, für Herzchirurgie, für Neurochirurgie, ab 3/2009 für Gefäßchirurgie	24,99 €	22,46 €
Fachärzte für Frauenheilkunde	13,71 €	12,44 €
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	17,24 €	15,10 €
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	27,44 €	23,31 €
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	15,93 €	13,95 €
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem FÄ Versorgungsbereich angehören	35,10 €	31,63 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Angiologie (auch Angiologie u. invasiver Tätigkeit)	46,03 €	51,22 €

Fallwerte je Quartal (1/2011)

(II)

Arztgruppe	Fallwert 4/2010	Fallwert 1/2011
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Endokrinologie	25,01 €	21,19 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Gastroenterologie	32,13 €	26,98 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Hämato-/Onkologie	51,70 €	39,74 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Kardiologie	58,10 €	50,69 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Kardiologie u. invasiver Tätigkeit	58,10 €	50,69 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Pneumologie	37,42 €	31,94 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Rheumatologie	35,43 €	30,76 €
Fachärzte für Innere Medizin mit SP Nephrologie	73,18 €	64,46 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie u. -psychotherapie	91,94 €	85,59 €
Fachärzte für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	13,28 €	12,02 €
Fachärzte für Nervenheilkunde	39,94 €	34,57 €
Fachärzte für Neurologie	38,62 €	31,83 €

Fallwerte je Quartal (1/2011)

(III)

Arztgruppe	Fallwert 4/2010	Fallwert 1/2011
Fachärzte für Nuklearmedizin	43,32 €	38,51 €
Fachärzte für Orthopädie	26,50 €	23,96 €
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	28,37 €	25,24 €
Fachärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Lstgen. der Richtlinien-PT im VJQ von weniger als 30%	46,31 €	39,59 €
Fachärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie mit einem Anteil an Lstgen. der Richtlinien-PT im VJQ von mehr als 30%	46,31 €	39,59 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie ohne Vorhaltung von CT und MRT	11,69 €	10,64 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT	11,69 €	10,64 €
Fachärzte für Diagnostische Radiologie mit Vorhaltung von CT und MRT	11,69 €	10,64 €
Fachärzte für Urologie	17,18 €	15,32 €
Fachärzte für Humangenetik		
Fachärzte für Physikalisch-Rehabilitative Medizin		
Ausschließlich schmerztherapeutisch tätige Vertragsärzte		

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



Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- Ausblick 2011
- **Arzneimittelvereinbarung 2011**
- Kodierrichtlinien
- Stand eGK



Eckpunkte des AMNOG

■ Arzneimittelneuordnungsgesetz (AMNOG)

- Nutzenbewertung von Arzneimitteln mit neuen Wirkstoffen
- Rabattverhandlungen für innovative Arzneimittel innerhalb eines Jahres zwischen Pharmaindustrie und Krankenkassen
- Richtgrößenprüfung bleibt, weil Kassen Fälle und Verordnungsdaten aus Selektivverträgen an Prüfungsstelle liefern werden
- Pharmafirmen können an Verträgen nach §§ 140 ff teilnehmen



Arzneimittelvereinbarung 2011

- Orientierung an den Rahmenvorgaben
- Arzneimittelvolumen: 3.245.276.754 Euro
(-2% nachträgliche Anpassung 2010 wegen Preisentwicklung)
- Weiterentwicklung von Quoten und Zielvereinbarungen
- Abschaffung des Zielerreichungsbeitrages,
Beratung vor Regress



Richtgrößen 2011 (I)

Fachgruppe	2010	2011	
Allgemeinmediziner	AV: 46,70 € RV: 127,44 €	AV: 46,38 € RV: 125,88 €	↘ ↘
Anästhesisten	AV: 43,26 € RV: 121,04 €	AV: 44,67 € RV: 127,42 €	↗ ↗
Augenärzte	AV: 5,90 € RV: 13,33 €	AV: 5,93 € RV: 13,67 €	↗ ↗
Chirurgen	AV: 7,77 € RV: 13,68 €	AV: 7,84 € RV: 14,03 €	↗ ↗
Gynäkologen	AV: 19,62 € RV: 55,96 €	AV: 20,60 € RV: 63,27 €	↗ ↗
HNO-Ärzte	AV: 12,56 € RV: 5,89 €	AV: 12,34 € RV: 5,39 €	↘ ↘
Dermatologen	AV: 22,11 € RV: 19,12 €	AV: 23,15 € RV: 19,66 €	↗ ↗



Richtgrößen 2011 (II)

Fachgruppe	2010	2011	
Hausärztl. Internisten	AV: 46,70 € RV: 127,44 €	AV: 46,38 € RV: 125,88 €	↘ ↘
Fachärztl. Internisten	AV: 271,51 € RV: 340,08 €	AV: 276,62 € RV: 344,51 €	↗ ↗
Kinderärzte	AV: 27,80 € RV: 56,23 €	AV: 27,43 € RV: 51,88 €	↘ ↘
MKG-Chirurgen	AV: 6,14 € RV: 4,43 €	AV: 5,50 € RV: 4,60 €	↘ ↗
Nervenärzte	AV: 132,66 € RV: 150,87 €	AV: 139,34 € RV: 157,69 €	↗ ↗
Orthopäden	AV: 6,33 € RV: 17,22 €	AV: 6,19 € RV: 16,90 €	↘ ↘
Urologen	AV: 24,37 € RV: 61,27 €	AV: 24,00 € RV: 60,11 €	↘ ↘



Leitsubstanzen/DDD Quoten

- Me-too und Generikaquote je Fachgruppe
- Leitsubstanzen/DDD-Quoten:
Maximal 5 Quoten je Fachgruppe
- Beratung vor Regress
- Befreiung von der Richtgrößenprüfung,
wenn Generika-, Me-too- und die jeweiligen DDD-Quoten
eingehalten werden



Heilmittelvereinbarung 2011

- Ausgabenvolumen: 419.000.000 Euro
- Befreiung von der Richtgrößenprüfung, wenn Ausgabenvolumen um mindestens drei Prozent unterschritten wird



Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- Ausblick 2011
- Arzneimittelvereinbarung 2011
- **Kodierrichtlinien**
- Stand eGK



Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

- Einführung zum 1. Januar 2011 wurde trotz gegenteiliger Ankündigung der KBV nicht verhindert
- Erste Erfahrungen aus Bayern belegen den befürchteten Mehraufwand
- Praxissoftware optimierungsfähig (und teilweise auch optimierungsnotwendig)



Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

- Einführung einer Übergangsfrist bis zum 1. Juli 2011 sollte „sanften Einstieg“ ermöglichen
 - Praxen sollten sechs Monate Zeit haben, sich mit den AKR vertraut zu machen, ohne Sanktionen befürchten zu müssen
 - KVen sollten Zeit gewinnen, um den enormen Schulungsbedarf zu decken
 - Aber: Durch Vereinbarungen bezüglich Praxissoftware wird die Einführungsphase fragwürdig



Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)


- 11. November 2010 Brief der KBV an die Softwarehäuser
- 18. November 2010 Brief der KV Nordrhein an die KBV
- 23. November 2010 Absage der Info-Veranstaltungen

Ein Antwort der KBV ist bis heute nicht eingegangen



Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

Vorstand

 **Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**
Gute Versorgung. Gut organisiert.
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KV Nordrhein • Hauptstelle • Postfach 30 00 20 • 40403 Düsseldorf

Telefon (0211) 5970-0

An den
Vorsitzenden der
Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Herrn Dr. Köhler
Herbert-Lewin-Platz 2
10623 Berlin

Ansprechpartner/in Bernhard Brautmeier
Telefon 0211 59 70 - 6200
Telefax 0211 59 70 - 6200
E-Mail bernhard.brautmeier@kvno.de
Datum 16.11.2010

nachrichtlich:
Herrn Dr. Mecking

Ihr Zeichen Ihre Nachricht vom

Unser Zeichen
HV100

**Ambulante Kodierrichtlinien
hier: CD-Update der Kassenärztlichen Bundesvereinigung**


Sehr geehrter Herr Doktor Köhler,

mit Schreiben vom 11. November 2010 informiert die Kassenärztliche Bundesvereinigung alle Entwickler von Praxis- und Laborcomputersystemen über das CD-Update der KBV für das 1. Quartal 2011.

Unter anderem wird bezüglich der Einführung der ambulanten Kodierrichtlinien festgelegt, dass die ab 01. Januar 2011 bereitgestellten Praxisverwaltungssysteme neben einer erweiterten Anzeigefunktionalität der ambulanten Kodierrichtlinien unter anderem eine Funktion zum Bereinigen der Dauerd Diagnosen sowie zum Anzeigen von Hinweisen und Fehlern beim Kodieren enthalten müssen. Das Kodierregelwerk soll zunächst nur im Rahmen der Echtzeitprüfung durch die Abrechnungssoftware aktiv sein. In der Übergangsphase sollen die Ärzte selbst entscheiden können, ob und wann sie diese Unterstützung nutzen wollen. Dies soll technisch durch einen Schalter realisiert werden, welcher von den Ärzten selbst **einmalig** eingeschaltet werden kann. Diese Entscheidung ist endgültig. Würden die ambulanten Kodierrichtlinien einmal aktiviert, darf ein Ausschalten nicht mehr möglich sein.


Dieser Passus stößt bei unseren Mitgliedern auf unterschiedlichen Widerstand. Sollte ein Arzt feststellen, dass er aus zeitlichen Gründen lieber doch zu einem späteren Zeitpunkt das Kodierregelwerk einschalten möchte, so hat er keine Chance, das einmal aktivierte Regelwerk wieder auszuschalten.

Ihnen ist bekannt, dass die Einführung der Kodierrichtlinien von vielen unserer Mitglieder als zusätzliche bürokratische Belastung ohne erkennbaren Nutzen angesehen wird. Vor diesem Hintergrund sollte gerade der Einstieg in die Anwen-

 **Kassenärztliche Vereinigung
Nordrhein**


dung der Kodierrichtlinien so einfach wie möglich gestaltet sein. Die zuvor zitierte Regelung trägt leider nicht zu Akzeptanz, sondern zur Empörung bei. Ich bitte Sie daher dafür Sorge zu tragen, dass die einmal aktivierten AKRs auch wieder ausgeschaltet werden können.

Mit freundlichen Grüßen



Brautmeier
Vorstand

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)


Vorstand
24.11.2010

An alle Mitglieder der KVB

Information zu den Ambulanten Kodierrichtlinien: Wir empfehlen, die Richtlinien zum 1. Januar 2011 nicht in Ihrer Software zu aktivieren

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) werden zum 1. Januar 2011 „sanktionsfrei“ eingeführt – darüber hatten wir Sie schon am 5. November 2010 informiert. Inzwischen liegen uns weitere Informationen zur Einführung vor:

Inkrafttreten und Anwendung

- Die Kodierrichtlinien treten ab 1. Januar 2011 flächendeckend und in der Anwendung einheitlich für alle Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen in Kraft
- Eine Nichtanwendung oder nur eingeschränkte Anwendung durch die Ärzte und Psychotherapeuten bleibt jedoch bis zum 30. Juni 2011 sanktionsfrei
- Das heißt insbesondere, dass „Fehler“ beim Kodieren im ersten Halbjahr noch keinerlei Auswirkungen auf die Abrechnung einer Praxis haben

Umsetzung in den Praxissoftware-Systemen

- Alle Praxissoftware-Systeme enthalten schon jetzt ein Softwaremodul der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KVB), das die Diagnoseprüfungen der Kodierrichtlinien, Möglichkeiten zum Sortieren von Dauerdiagnosen sowie Fehleranzeigen und Hinweise zum Kodieren enthält („Kodierfunktion“). Diese Kodierfunktion ist jedoch noch nicht aktiviert
- Auf Basis der Resultate der Pilotphase in Bayern wurde die Kodierfunktion überarbeitet. So wurde die Anzahl der Fehlermeldungen drastisch reduziert
- Zwischen 1. Januar und 30. Juni 2011 können Sie selbst entscheiden, ob und wann Sie die Kodierfunktion aktivieren, um sich mit den AKR zu beschäftigen. Ab 1. Juli 2011 wird die Aktivierung automatisch vorgenommen

Unsere Empfehlung: keine rasche Aktivierung der Kodierfunktion

Sofern die Kodierfunktion einmal in Ihrer Praxissoftware aktiviert ist, kann sie nicht mehr deaktiviert werden. Aufgrund der Ergebnisse aus der Pilotphase in Bayern wird die KVB voraussichtlich noch inhaltliche Änderungen an den Kodierrichtlinien vornehmen. Aus diesen Gründen lautet unsere Empfehlung, die Kodierfunktion zum 1. Januar 2011 noch nicht zu aktivieren. Zuvor möchten wir uns von der Zweckmäßigkeit der Änderungen gerne selbst überzeugen. Sobald wir konkrete Informationen von der KVB erhalten, werden wir Sie informieren.

Seite 2 zum Schreiben vom 24.11.2010



Weitere Informationen

Da uns derzeit noch keine hinreichenden und detaillierten Informationen vorliegen und auch weitere Änderungen an den Richtlinien durch die KVB nicht ausgeschlossen sind, bieten wir derzeit noch keine Schulungstermine an.

Weitere Details finden Sie auf den Seiten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung unter www.kbv.de/kodieren. Außerdem erstellt die KVB derzeit eine Servicebroschüre, die am 17. Dezember 2010 dem Deutschen Arzteblatt (Ausgabe Nr. 50) beiliegen wird.

Kollegiale Grüße


Dr. med. Axel Munte
Vorstandsvorsitzender


Dr. med. Gabriel Schmidt
1.stv. Vorstandsvorsitzender


Dipl.-Psych. Rudi Bittner
2.stv. Vorstandsvorsitzender

Ambulante Kodierrichtlinien (AKR)

Aber:

- Einer morbiditätsbedingten Anhebung der Vergütung in 2013 wollen die Kassen nur zustimmen, wenn die Praxen den Nachweis durch die Anwendung der AKR führen können.



Agenda

- GKV-Finanzierungsgesetz
- Ausblick 2011
- Arzneimittelvereinbarung 2011
- Kodierrichtlinien
- **Stand eGK**



eGK Einführung

- Das Bundesgesundheitsministerium forciert die Einführung der eGK
 - Bis Ende 2011 sollen mindestens zehn Prozent der Versicherten über eine neue Karte verfügen
 - Kassen, die dies verweigern, soll zwei Prozent vom Verwaltungskostensatz abgezogen werden
 - Der Basis-Rollout soll in 2/2011 fortgesetzt werden



	Nordrhein	Rest-Deutschland	Plus für KVNO
Stationäre	430 €	355 €	+ 75 €
Mobile	375 €	280 €	+ 95 €
Installation	215 €	215 €	+/- 0 €

- Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

