

Vorschläge zur Weiterentwicklung der ambulanten Medizin der KBV vom 25. November 2009

I Sicherheit, Gerechtigkeit und Solidarität müssen wieder einen höheren Stellenwert bei der medizinischen Versorgung erhalten

1. Intelligente Versorgungssteuerung statt unflexibler Bedarfplanung - Vorschläge der KBV

- Zulassung nur noch für ausgewiesene Sitze
Die derzeitige Bedarfplanung wird durch eine kleinräumige Versorgungsplanung mit Sitzverteilungssteuerung ersetzt. Die Zulassung als Vertragsarzt ist nur noch für ausgewiesene Sitze erlaubt. Weitere Zulassungen sind möglich, wenn sie einer besseren Versorgung dienen.
- KV und Ärzte unterstützen Versorgung in strukturschwachen Gebieten
Zur Sicherstellung der Versorgung in strukturschwachen Gebieten erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Ärzte anzustellen.
- Regionalverbund für sektorübergreifende Versorgungsplanung
In jedem Bundesland wird ein Regionalverbund „Sektorübergreifende Versorgungsplanung“ gebildet. Mitglieder sind:
 - o Landesministerien
 - o Kassenärztliche Vereinigungen
 - o Landesärztekammern und
 - o Landeskrankenhausesellschaften

Die Krankenkassen haben beratende Funktion. Dieser Verbund koordiniert die Sicherstellungsverantwortung der KV für den ambulanten Bereich sowie die der Länder für den stationären Bereich sektorübergreifend.

- KVen vermitteln Ärzte zur konsiliar- und honorarärztlichen Tätigkeit
Die KVen vermitteln freiberuflich tätige Vertragsärzte (Konsiliarärzte) oder Honorarärzte (keine Vertragsärzte) zur Unterstützung von Krankenhäusern bei der stationären Versorgung.
- Vor- und nachstationäre Betreuung durch Vertragsärzte
Die Übernahme ambulanter Versorgungsaufgaben des Krankenhauses im Rahmen von vor- und nachstationären Versorgung durch Vertragsärzte wird durch Rahmenverträge geregelt. Vertragspartner sind die KVen und die Krankenhäuser
- Gründung gemeinsamer MVZ
Die KVen gründen alleine oder gemeinsam mit Krankenhäusern MVZ. Vertragsärzte und Krankenhausärzte übernehmen darin als Brückenfunktion unter anderem die nachstationäre ambulante Versorgung sowie die Errichtung von Notfallambulanzen in unterversorgten Gebieten. In diesen Gebieten werden Arztstationen eingerichtet, in denen Haus- und Fachärzte tageweise Sprechstunden anbieten. Solche Einrichtungen werden von den Gemeinden mitfinanziert.

2. Fairer Wettbewerb in der vertragsärztlichen Versorgung - Vorschläge der KBV

- Kollektivvertrag bleibt kassenartenübergreifend erhalten
Die ambulante Versorgung wird für alle Kassen kollektivvertraglich geregelt. Sie umfasst die wohnortnahe haus- und fachärztliche Behandlung. Das System der Gesamtverträge mit Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den (KVen) bleibt grundsätzlich erhalten.

- Innovativer Wettbewerb um eine bessere Versorgung
Auf Basis der kollektivvertraglich geregelten haus- und fachärztlichen Versorgung findet ein Wettbewerb der Krankenkassen mit dem Ziel statt, innovative Organisations- und Versorgungsformen zu erproben. Dies gilt insbesondere für die hausarztzentrierte, die besondere fachärztliche sowie die integrierte Versorgung. Positive Ergebnisse sollen langfristig in die kollektive Versorgung aller Patienten einfließen.
- Verträge nach §§ 73b und 73c SGB V als „Add-On“ und ohne Bereinigung
Verträge über die hausarztzentrierte sowie die besondere fachärztliche Versorgung nach §§ 73b und c SGB V werden als „Add-On“-Verträge geschlossen. Hierbei sind die KVen nicht originäre Vertragspartner. Sie können allerdings zur Durchführung und Abwicklung der Verträge beauftragt werden oder sich um die Vertragspartnerschaft bewerben. Hierbei handelt es sich um zusätzliche Leistungen, sodass die Gesamtvergütung nicht bereinigt. Qualitätsanforderungen bleiben auch in Selektivverträgen als Mindestvoraussetzungen der vertragsärztlichen Versorgung bindend.
- IV-Verträge auch mit KVen
Die (KVen) erhalten wieder die Möglichkeit, am Wettbewerb um Verträge zur integrierten Versorgung teilzunehmen. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung soll nicht erfolgen. Auch bei diesen Verträgen müssen die für die vertragsärztliche Versorgung beschlossenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung als Mindestanforderungen gelten.
- KBV verhandelt Verträge mit bundesweit agierenden Krankenkassen
Die KBV erhält die Möglichkeit, Gesamtverträge und Gesamtvergütungen mit bundesweit agierenden Krankenkassen zu verhandeln.
- Konkretisierung der speziellen ambulanten Versorgung in Krankenhäusern
Die Krankenhäuser erbringen weiterhin hoch spezialisierte Leistungen nach § 116b SGB V, wobei einschränkende Präzisierungen gesetzlich verankert werden. Eine Konkretisierung des Leistungskataloges wird durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erfolgen.
- Einheitlicher Versorgungsbereich an der ambulant-stationären Schnittstelle
Die Schnittstelle ambulant/stationäre-Versorgung wird im Hinblick auf Qualitätsmaßgaben, innovative Verfahren sowie Vergütung einheitlich gefasst. Hierzu wird ein für Vertragsärzte und Krankenhäuser einheitlicher Versorgungsbereich und Leistungskatalog gebildet und in einem § 115b SGB V neu gefasst.
- Förderung sektorenübergreifender Zusammenarbeit
Prä- und poststationärer Leistungen in der ambulanten Praxis nach § 115a SGB V wird gesetzlich verankert. Belegärztliche Leistungen nach § 106a SGB V werden wie stationäre Leistungen im Rahmen der DRG`s vergütet.

3. Förderung des Nachwuchses – Vorschläge der KBV

- Weiterbildung zur Facharztanerkennung muss verstärkt auch in Praxen und Medizinischen Versorgungszentren stattfinden.
- Kassenärztliche Vereinigungen werden stärker als bisher in die organisatorische Begleitung der Weiterbildung einbezogen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten den gesetzlichen Auftrag, Weiterbildungsstellen zu vermitteln und mit den zuständigen Ärztekammern für eine Verbund- Weiterbildung zu sorgen.

4. MVZ: Erhaltung der Freiberuflichkeit der ärztlichen Berufsausübung – Vorschläge der KBV
 - Die Gesellschafter eines MVZ dürfen nur Ärzte und nach deren Berufsrecht kooperationsfähige Berufe sein, die in dieser Gesellschaft auch berufstätig sind. Die Kapitalbindung der Mehrheit der Gesellschafteranteile an die ärztlichen Berufsträger ist obligatorisch. Ausnahmen sollten für Krankenhausträger gelten, da auch diesen der dauerhafte und überwiegende Zweck der medizinischen Versorgung eigen ist.
 - Eine Übergangsregelung für bereits zugelassene MVZ ist vorzusehen.

II Neuausrichtung des KV-Systems: Konzentration und Effizienz auf Bundesebene

1. Erweiterung des Aufgabenbereiches der KBV – Vorschläge der KBV
 - Erweiterung der Richtlinienkompetenz
Die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird erweitert für die Vereinbarung und Durchführung der im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge – Bundesmantelverträge, Einheitlicher Bewertungsmaßstab.
 - Der KBV wird ermöglicht, in ihrer Satzung Grundsatz- und Querschnittsaufgaben im Bereich der Service- und Beratungsaufgaben für die Mitglieder der KVen sowie in Informationstechnologie durch verbindliche Rahmenvorgaben zu übernehmen.
2. Mehr regionaler Spielraum für die KVen – Vorschläge der KBV
 - Regionalität im Vergütungsbereich
Die Kassenärztlichen Vereinigungen erhalten mehr Möglichkeiten, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen. Beispielsweise wird die Honorarverteilung wieder in die ausschließliche Verantwortung der KVen überführt, den KVen wird die Möglichkeit zur Vereinbarung von regionalen Zuschlägen oder zusätzlichen Gebührenordnungspositionen für besonders förderungswürdige Leistungen eingeräumt, regionale Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur können über eine Regulierung der Leistungsmenge vor Ort Rechnung getragen werden sowie die Möglichkeiten durch Qualitätsorientierte Vergütungszuschläge, die Qualitätssicherung effizienter zu gestalten.
3. Mehr Eigenständigkeit für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich unter dem Dach der KVen – Vorschläge der KBV
 - Die Vorstände der KVen bestehen zukünftig aus drei Vorstandsmitgliedern - jeweils ein Vertreter aus dem hausärztlichen und dem fachärztlichen Versorgungsbereichs sowie ein drittes Vorstandsmitglied, das keinem der beiden Versorgungsbereiche zugeordnet ist.
 - Einmalig soll die Amtsperiode als Übergangsregelung ein Jahr verlängert werden und zwar bis 31. Dezember 2011.
 - Die Trennung der Vergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich wird beibehalten.

III Die Vergütungsordnung ist zu vereinfachen zugunsten von Transparenz und Einheitlichkeit sowie stärkerer Berücksichtigung regionaler Besonderheiten - Vorschläge der KBV

Die ärztlichen Leistungen werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als Einzelleistungen beschrieben. Die hier festgehaltenen Eurobeträge geben an, wie viel der Arzt für seine Arbeit (Arztlohn) erhält. Betriebs- und Praxiskosten werden in separaten Pauschalen ausgewiesen, ebenso Qualitätszuschläge. Folgende Leistungskomplexe bestimmen das Arzthonorar:

- Strukturpauschale für fixe Kosten
- Aufwandspauschale für variable Kosten
- Arztlohn
- Qualitätszuschläge

Die fallbezogene Strukturpauschale bildet die fixen Durchschnittskosten einer Praxis ab. Sie wird arztgruppenspezifisch und nach dem Grad der fachärztlichen Spezialisierung differenziert. Die Zahlung ist auf eine bestimmte Fallzahl begrenzt. Für darüber hinausgehende Behandlungsfälle erhält die Praxis keine Strukturpauschale.

Die fallbezogene Aufwandspauschale deckt die variablen Kosten und den pauschaliert abbildbaren Praxisbedarf ab. Sie ist ebenfalls arztgruppenspezifisch und nach dem Grad der fachärztlichen Spezialisierung differenziert. Die Pauschale wird pro Behandlungsfall gezahlt, wobei keine Abstufung erfolgt.

Der Arztlohn wird als klassische Einzelleistung im EBM beschrieben. Der Vertragsarzt bekommt bis zu einer bestimmten Grenze jede Leistung zu einem festen Preis vergütet. Steuerungselement ist ein fallzahlabhängiges Zeitkontingent.

Für bestimmte Leistungsbereiche werden qualitätsorientierte Zuschläge vereinbart, die der Arzt zusätzlich erhalten kann.

Die gemeinsame Selbstverwaltung legt jährlich ein Orientierungsvolumen fest. Hierbei werden die Zahl der Versicherten und deren Morbiditätsstruktur berücksichtigt. Steigerung der Betriebs- und Investitionskosten, Verlagerungseffekte sowie die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven werden in die Berechnung einfließen. Übersteigt die angeforderte Vergütung das Orientierungsvolumen, werden im Folgejahr die Einzelleistungen überprüft, inwieweit durch Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven eine Anpassung an das Orientierungsvolumen erfolgen kann. Für die wohnortnahe Patientenversorgung in unterversorgten Regionen wird ein Strukturfonds gebildet, den die KVen im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages nutzen. Hierzu werden gesonderte Verhandlungen auf Landesebene geführt.

IV Nach Jahren einer intransparenten Überregulierung muss die Arznei- und Heilmittelversorgung neu geordnet werden – Vorschläge der KBV

- Bundesweiter einheitlicher Medikationskatalog
Die Versorgung mit Arzneimitteln wird über einen bundesweit einheitlichen Medikationskatalog für die Grundversorgung geregelt. Der Katalog wird im Auftrag der KBV durch ein klinisch pharmakologisches Institut erstellt. Dieses wird durch einen Fachausschuss der Hausärzte und Fachärzte beraten.

- Verantwortung des Arztes: Indikation und Menge
Verantwortung der Krankenkasse und Hersteller: Preis und Kosten
Der Vertragsarzt ist zukünftig nur noch für die indikationsgerechte Auswahl des Wirkstoffs und der Verordnungsmenge verantwortlich, eine Preisverantwortung und Kostenverantwortung besteht nicht mehr.
- Maßstab für die Wirtschaftlichkeit: Erreichung einer indikationsgerechten Arzneimittelverordnung
Die Wirtschaftlichkeit wird nicht mehr durch Richtgrößenprüfungen kontrolliert. Vielmehr sollen Ärzte den indikationsgerechten Einsatz der Arzneimittelverordnung sicherstellen. Unterstützt werden Sie hierbei durch die Empfehlungen des Medikationskataloges sowie die Ziele der regionalen Arzneimittelvereinbarungen.
- oben genanntes gilt auch bei der Versorgung der Patienten mit Heilmitteln. Hier ist der Vertragsarzt zukünftig nur noch für die indikationsgerechte Auswahl des Heilmittels sowie die Festlegung des Umfangs, also der Dauer- und Frequenz der Behandlungseinheit verantwortlich. Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit wird künftig kontrolliert, ob der Arzt die Heilmittelrichtlinien des gemeinsamen Bundesausschusses eingehalten hat.

V Einrichtung eines Innovationsfonds zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung

Die KBV schlägt vor, einen Innovationsfonds einzurichten, der die kontinuierliche zielgerichtete Erprobung von Versorgungsinnovationen auf Bundes- und Landesebene fördert und finanziert. Hierunter fallen neben sektorübergreifender Ansätze auch Programme zur hausarztzentrierten- und der besonderen fachärztlichen Versorgung.