

Das Konzept zur neuen Vertragsgebührendordnung (V-GO) der KBV

Präambel

ENTWURF, Stand 29. Juni 2006

Vergütungsreform ärztlicher Leistungen

Die Bundesministerin für Gesundheit hat anlässlich der Eröffnung des 109. Deutschen Ärztetages 2006 die niedergelassenen Vertragsärzte aufgefordert, eigene Vorstellungen zu einer Vergütungsreform zu entwickeln und noch in diesem Jahr vorzulegen. Gleichzeitig erarbeitet die Arbeitsgruppe "Gesundheit" der Koalition mit Hochdruck eine Strukturreform, die auch die ärztliche Vergütung betrifft. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung will diese Chance nutzen und noch vor der Sommerpause ein eigenständiges Reformkonzept vorlegen. Ein Vergütungssystem nach diesem Konzept wird den Vertragsärzten die dringend benötigte Kalkulations- und Investitionssicherheit bieten und mehr Transparenz schaffen. Die nachfolgenden Überlegungen dienen als Basis für die Diskussion des neuen Vergütungssystems auf der Sonderversammlung der KBV am 7. Juli 2006. Sofern die Vertreterversammlung dieses – ggf. inhaltlich veränderte – Konzept beschließt¹, könnten noch vor der Sommerpause von der Rechtsabteilung der KBV konkrete Formulierungsvorschläge für die notwendigen Gesetzesänderungen erarbeitet und diese dem Bundesministerium für Gesundheit zugeleitet werden. ----- ¹ Es handelt sich gemäß § 5 Abs. 2 der Satzung um eine grundsätzliche Angelegenheit.

1. Eckpunkte einer Vergütungsreform ärztlicher Leistungen

Die derzeitige Form der Vergütung ärztlicher Leistungen mit Budgetierung, Weiterentwicklung der Budgetierung anhand der Grundlohnsumme, Leistungsbewertung in Punkten und floatenden Punktwerten genügt den heutigen Anforderungen im ambulanten und stationären Versorgungsbereich nicht mehr. Durch verschiedene Reformgesetze seit 1998 wurde das Leistungsgeschehen deutlich stärker vom Wettbewerb geprägt. Wettbewerb kann unter Budgetbedingungen aber nicht richtig funktionieren – schon gar nicht sektorübergreifend. Die durch das Budget bedingte eklatante Unterfinanzierung des ambulanten Sektors führt außerdem zu enormer Unzufriedenheit bei den Vertragsärzten. Rund ein Drittel aller ambulant erbrachten Leistungen werden derzeit nicht bezahlt: das führt zu Abwanderungen, Praxisinsolvenzen und mangelndem Nachwuchs.

Wer

- die Patientensouveränität im Hinblick auf die freie Arztwahl und die Wahl des Versorgungsortes im Sachleistungsprinzip stärken,
- die sektorenübergreifende Versorgung gestalten,
- das aufgrund der Mangelverwaltung komplexe Vergütungssystem entbürokratisieren und
- die Arbeitszufriedenheit der niedergelassenen Vertragsärzte wieder erhöhen

will, muss jetzt die Budgetierung aufheben und eine Vertragsgebührenordnung mit festen Preisen einführen.

Das nachfolgende Reformmodell erfüllt nicht nur die bereits genannten Punkte – insbesondere den Erhalt der freien Arztwahl – sondern

- fördert hausarztzentrierte Modelle auf freiwilliger Basis,
- ist im fachärztlichen Versorgungsbereich kompatibel mit dem stationären Vergütungssystem,
- berücksichtigt die Morbidität in den vertragsärztlichen Praxen,
- bietet Planungs- und Kalkulationssicherheit,
- berücksichtigt Über- und Unterversorgung,
- entbürokratisiert das gesamte Abrechnungs- und Prüfverfahren,
- bietet Anreize zur Qualitätsförderung und -sicherung,
- berücksichtigt die Versorgungsebenen mit ihren unterschiedlichen Versorgungsaufträgen,
- erschließt wirtschaftliche Reserven.

2. Kurzdarstellung des Vergütungssystems

Das bisherige Honorarbudget wird abgelöst durch eine Vertragsgebührenordnung mit immanenter Kostensteuerung. Die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen erfolgt nach diesem Konzept zukünftig weitgehend nach Pauschalen. Einzelleistungspositionen gibt es nur noch für streng begrenzte, förderungswürdige oder rein auftragsgebundene Leistungen.

Die Pauschalen werden für den haus- und den fachärztlichen Bereich getrennt fest- gelegt. Die Bewertung der Pauschalen in Euro erfolgt auf der Grundlage des Basisfallwertes (BFW_P), der bundeseinheitlich je Arztgruppe vom Bewertungsausschuss vorgegeben und jährlich weiterentwickelt wird. Der Morbiditätsbezug wird durch Relativgewichte hergestellt, mit denen der Basisfallwert multipliziert wird. Morbiditätsklassen und Relativgewichte werden ebenfalls bundeseinheitlich und kassenartenübergreifend definiert.

Anmerkung: im folgenden Text beziehen sich alle grau unterlegten und umrandeten Kästchen auf eine Alternative, in der für den hausärztlichen Versorgungsbereich der Morbiditätsbezug bei der Berechnung der Pauschalen entfällt!

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich werden Pauschalen nach Alter und Geschlecht des Versicherten differenziert.

Für fachärztliche Arztgruppen werden die morbiditätsgewichteten Pauschalen ergänzt durch indikations- und diagnosespezifische Fallpauschalen. Auf regionaler Ebene werden praxisspezifische Basisfallwerte (BFW_P) festgelegt. Diese ergeben sich aus dem BFW_P und praxisindividuellen Zu- bzw. Abschlägen, z.B. für besondere regionale Versorgungssituationen, bundeseinheitlich festgelegten Qualitätszuschlägen, gesamtvertraglichen kassenartenübergreifenden Zuschlägen für die Einhaltung von Qualitätsindikatoren und ein implementiertes QM-System, Zubzw. Abschläge bei Unter- bzw. Überversorgung sowie der jeweiligen Kooperationsstruktur.

Der Bewertungsausschuss legt darüber hinaus arztgruppenspezifisch unter Bezugnahme auf die Betriebsstätte eine "Kostendeckungsfallzahl / Degression" fest, ab der die Basisfallwerte um die bereits gedeckten Fixkosten abgestaffelt werden.

Veranlasserbezogene Leistungen werden über den Veranlasser gesteuert. Dazu wird ein

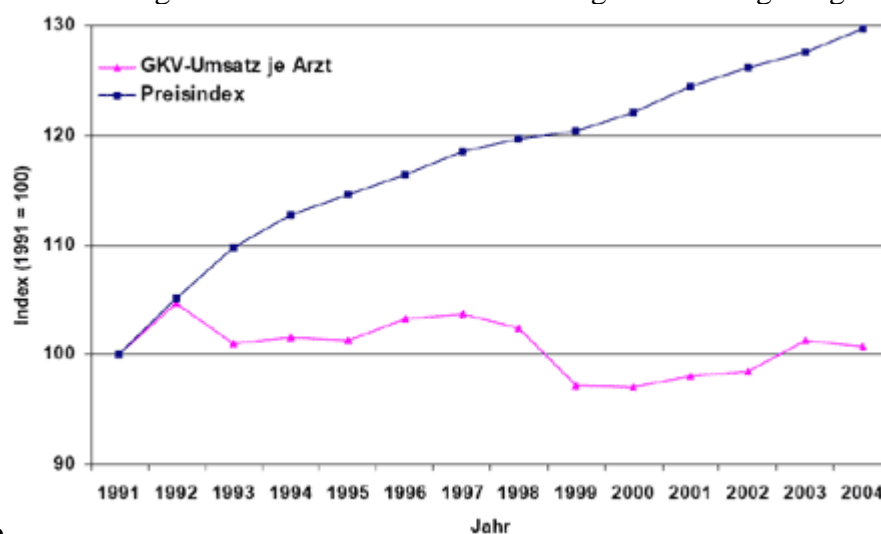
Wirtschaftlichkeitsbonus eingeführt, der finanzielle Anreize für wirtschaftliches Verhalten setzt und Obergrenzen bestimmt, bei deren Überschreitung Abzüge vom Basisfallwert erfolgen.

Dieses Konzept ersetzt die floatenden Punktwerte durch ein sinnvolles, die Morbidität und die unterschiedlichen Versorgungsebenen berücksichtigendes Vergütungssystem in Euro. Vertragsärzte wissen endlich, wie viel Geld ihre Leistung wert ist. Abrechnungen der Vertragsärzte mit den KVen werden erheblich vereinfacht. Sie geben nur noch entsprechend den verpflichtenden Codierichtlinien die Diagnosen, ggf. Einzelleistungsabrechnungen sowie ihre Arzt- und noch neu zu definierende Betriebsstättennummer an, die Zuordnung zu den Morbiditätsklassen übernimmt die KV. Gleichzeitig können die bisherigen hochbürokratischen Prüfungen (sachlich-rechnerische, Plausibilitäts-, Wirtschaftlichkeits- und Richtgrößenprüfungen) entfallen. An deren Stelle tritt eine mindestens vier- bis zehnpromzentige arztgruppenspezifische Stichprobenprüfung über die Gesamtheit der ärztlichen Leistungen.

Die Bundes-Euro-Gebührenordnung tritt zum 1. Oktober 2007 in Kraft, die regionalen Gebührenordnungen zum 1. Januar 2008. In 2007 wird die Gesamtvergütung sockel-relevant um 10 % erhöht, wobei die regionalen Finanzbedarfe zu berücksichtigen sind. Diese modifizierte Gesamtvergütung gilt für das 2008 um Innovationen und Grundlohnsummenentwicklung erhöht, fort (Probejahr). Ab dem 1. Januar 2009 entfällt die Budgetierung ärztlicher Leistungen.

3. Aufhebung der Budgetierung vertragsärztlicher Vergütungen

Den Vertragsärzten muss mehr Honorar zur Verfügung gestellt werden für den Anstieg der Morbidität, die seit 1991 nicht mehr bediente Preissteigerung von 29,4 % (Abbildung 1) und für Innovationen. Die seit nunmehr 15 Jahren andauernde Budgetierung vertragsärztlicher Vergütungen durch Bindung der Finanzvolumina der vertragsärztlichen Versorgung an die Grundlohnsummenentwicklung muss beendet werden. Abbildung 1: Preissteigerung und



ärztliche Honorare

Quellen: Kassenärztliche Bundesvereinigung: ASTOR; Statistisches Bundesamt: Statistisches Jahrbuch
Es ist sicherzustellen, dass das Morbiditätsrisiko ausschließlich bei den Krankenkassen liegt. Steigen Fallzahlen und Leistungsmenge morbiditätsbedingt an, muss dafür zusätzliches Geld zur Verfügung gestellt werden. Das gleiche gilt für Kostensteigerungen, die durch den

medizinischen Fortschritt begründet sind. Die Kostensteuerung darf zukünftig weder über ein globales Finanzvolumen noch durch Honorarverteilungsverträge erfolgen, sondern allein durch eine gebührenordnungsimmanente Regelung.

4. Kostensteuerung

Die Kostensteuerung erfolgt ausschließlich über die Vertragsgebührenordnung. Außerdem ist eine verstärkte Steuerung des Inanspruchnahmeverhaltens der Versicherten durch Eigenbeteiligungen im Rahmen der Struktur- und Finanzierungsreform möglich.

Steuerungselemente sind:

- Stringente Pauschalierung (versicherten- oder fallbezogen) der ärztlichen Leistungen,
- Einführung einer fixkostenorientierten Abstufung, die sicherstellt, dass nach dem Erreichen der Kostendeckung nur noch das Arzteinkommen und die variablen Kosten vergütet werden (die Personalkosten werden den variablen Kosten zugeordnet);

für den hausärztlichen Versorgungsbereich kann eine Abstufung ggf. auch degressiv gestaltet werden,

- Einführung einer mindestens vier- bis maximal zehnprozentigen arztgruppenspezifischen Stichprobenprüfung über die gesamten erbrachten und veranlassten ärztlichen Leistungen durch die Kassenärztlichen Vereinigungen und

- Einführung veranlasserbezogener Vergütungsregelungen für

- laborärztliche,
- mikrobiologische,
- infektionsepidemiologische,
- nuklearmedizinische,
- humangenetische,
- pathologische und zytologische,
- molekularpathologische,
- molekulargenetische,
- radiologische und
- reproduktionsmedizinische Leistungen sowie
- Arzneimittel²

² Die veranlasserbezogenen Vergütungsregelungen ersetzen die im AVWG verankerte Bonus-

/Malus-Regelung. Das gesamte bisherige Verfahren der sachlich-rechnerischen Wirtschaftlichkeits- und Plausibilitätsprüfung wird abgeschafft

5. „Rahmen“-Vertragsgebührenordnung auf Bundesebene

Die Vertragsgebührenordnung (V-GO) wird vom Bewertungsausschuss beschlossen. Dieser beauftragt das Institut beim Bewertungsausschuss mit der Kalkulation der Gebührenordnungspositionen. Die Gebührenordnung wird einmal jährlich überarbeitet. Unterjährig werden nur neue vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) beschlossene Leistungen neu aufgenommen. Konfliktlösungen durch den erweiterten Bewertungsausschuss, ein Genehmigungsvorbehalt durch das BMG sowie Ersatzvornahmemöglichkeiten sind vorzusehen.

Die "Rahmen"-Vertragsgebührenordnung hat folgende Inhalte:

1. Gebührenordnungspositionen, für jede Arztgruppe getrennt (s. 5.1),
2. Das Relativgewicht für jede Pauschale (s. 5.1)

Das Relativgewicht für jede Pauschale des fachärztlichen Versorgungsbereichs

3. Der arztgruppenspezifische, bundeseinheitliche kassenartenübergreifende Basisfallwert (s. 5.2),

für den hausärztlichen Versorgungsbereich eine Grundpauschale in Euro, die regional nur nach oben veränderbar ist.

4. Ermittlungsweg für den praxisbezogenen arztindividuellen Basisfallwert (s. 5.2),
5. Allgemeine Abrechnungsbestimmungen (s. 5.3),
6. Qualitäts-, bzw. Qualifikationszuschläge je Arztgruppe (s. 5.4)³,
7. Qualitätsindikatoren und Qualitätsmanagement (s. 5.5),
8. Zu- und Abschläge bei Über- und Unterversorgung (s. 5.7),
9. Abrechnungsbestimmungen für Kooperationsformen (s. 5.8),
10. Fixkostenorientierte Abstufungsregelung (s. 5.9),

für den hausärztlichen Versorgungsbereich eine fallzahlabhängige Abstufungsregelung (Degression),

11. Veranlasserbezogene Vergütungsregelungen (s. 5.10),
12. Abrechnung von Sachkosten (s. 5.11).

³ Alternativ könnte auf die Qualitätszuschläge verzichtet werden. Die Kosten würden dem Basisfallwert zugeordnet.

5.1 Gebührenordnungspositionen

Es erfolgt eine weitgehende Pauschalierung der ärztlichen Leistungen. Einzelleistungen werden nur aufgeführt, soweit sie förderungswürdig sind.

Pauschalen:

Im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es morbiditätsgewichtete⁴ Pauschalen.

Im hausärztlichen Versorgungsbereich gibt es Alters- und geschlechtsabhängige Pauschalen.

Eine Pauschale je Quartal (vgl. praxisspezifischer Basisfallwert) wird dazu mit einem Relativgewicht multipliziert, welches dem Morbiditätsrisiko der behandelten Patienten entspricht.

Die Morbiditätsklassen und die Relativgewichte⁵ werden mit dem vom Bewertungsausschuss bereits beschlossenen Groupersystem ermittelt. Das Groupersystem wird vom Institut beim Bewertungsausschuss gepflegt und vom Bewertungsausschuss einmal jährlich überprüft. Die Weiterentwicklung des Groupersystems erfolgt anhand einer Versichertenstichprobe. Die Morbiditätsklassen und Relativgewichte sind kassenartenübergreifend und bundeseinheitlich definiert. Sie können durch die Landesebene nicht verändert werden. Insoweit erfolgt eine mit dem DRG-Vergütungssystem vergleichbare Ausgestaltung der o.g. Grundelemente.

Sucht der Versicherte seinen Hausarzt auf, dokumentiert dieser die Diagnosen gemäß noch zu erarbeitender Codierrichtlinien auf dem "Abrechnungsschein". Das Groupersystem, das den Kassenärztlichen Vereinigungen in der jeweils aktuellen Version zur Verfügung gestellt wird, ordnet dem jeweiligen Versicherten dann die richtige Morbiditätsklasse zu. In die Ermittlung der Morbiditätsklasse fließen möglichst alle Behandlungsdiagnosen je Versicherten ein. Der Vertragsarzt selbst braucht damit keine Gebührenordnungsposition anzugeben. Die Zuordnung von Diagnosen zu Morbiditätsklassen wird aus Transparenzgründen den Vertragsärzten zur Verfügung gestellt. Vorausgesetzt, der Hausarzt erbringt keine weiteren Einzelleistungen, gibt er also künftig nur den "Abrechnungsschein" mit Arzt- und Betriebsstättennummer sowie Diagnosen versehen, ab.

Die drei Absätze "Eine Pauschale je Quartalversehen, ab" entfallen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich werden je Arztgruppe morbiditätsgewichtete Pauschalen, ergänzt um indikations- und diagnosespezifische Fallpauschalen ermittelt. Die Morbiditätsklassen und die Relativgewichte werden mit dem vom Bewertungsausschuss bereits beschlossenen Groupersystem ermittelt. Das Groupersystem wird vom Institut beim Bewertungsausschuss gepflegt und vom Bewertungsausschuss einmal jährlich überprüft. Die Weiterentwicklung des Groupersystems erfolgt anhand einer Versichertenstichprobe. Die Morbiditätsklassen und Relativgewichte sind kassenartenübergreifend und bundeseinheitlich definiert. Sie können durch die Landesebene nicht verändert werden. Insoweit folgt die Systematik der Logik des DRG-Systems.

Für ambulante Operationen und stationersetzende Leistungen werden indikationsspezifische Fallpauschalen gemäß dem derzeit geltenden EBM berechnet.

Einzelleistungen:

Als Einzelleistungen im hausärztlichen Versorgungsbereich sind vorgesehen:

- Präventions- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen,
- Leistungen der Methadonsubstitution,
- Leistungen im organisierten Notfalldienst,
- Leistungen der Richtlinienpsychotherapie,
- Belegärztliche Leistungen,
- Anfragen von Krankenkassen,
- "Kleine Chirurgie",
- Heimbetreuung,
- Schulungen,
- Aufwand- und Sachkostenvergütung für einen Patientenfahrdienst von und zu Gruppenpraxen und Medizinischen Versorgungszentren,
- Vergütung des Aufwandes für den Einsatz qualifizierter Pflegekräfte im hausärztlichen Bereich,
- Vergütung des Aufwandes für die Verwendung telemedizinischer Komponenten in der Betreuung,
- Einmalige Pauschale für die EDV-gestützte Erhebung einer standardisierten Primäranamnese, die Grundlage von Versorgungsforschung werden soll. Darüber hinaus dient diese Anamnese der Transparenz bei pauschalierten Vergütungsstrukturen (Wert mindestens 200 €),
- vom GBA zur Neueinführung beschlossene, noch nicht im Basisfallwert bzw. Relativgewicht berücksichtigte, Einzelleistungen.

Im fachärztlichen Versorgungsbereich sind als Einzelleistungen vorgesehen:

- Präventions- und Gesundheitsvorsorgeuntersuchungen,
- Leistungen der Methadonsubstitution,
- Leistungen im organisierten Notfalldienst,

- Anfragen von Krankenkassen,
- Ambulante Operationen⁶,
- Belegärztliche Leistungen⁷,
- Leistungen der Richtlinien-Psychotherapie,
- Leistungen der auftragnehmenden Ärzte, die durch Veranlasserbezug gesteuert werden,
- Schulungen,
- Aufwand- und Sachkostenvergütung für einen Patientenfahrtdienst von und zu Gruppenpraxen und Medizinischen Versorgungszentren,
- die erstmalige Verwendung sowie die Aktualisierung der EDV-gestützten standardisierten Primäranamnese durch weiterbehandelnde Ärzte
- Aufwand für die Verwendung telemedizinischer Komponenten in der Betreuung,
- vom GBA zur Neueinführung beschlossene, noch nicht im Basisfallwert bzw. Relativgewicht berücksichtigte, Einzelleistungen.

⁴ Gedacht ist an eine sehr begrenzte Anzahl von Morbiditätsklassen.

⁵ Es ist eine regionale Eichung vorzusehen.

⁶ Übernahme der im gültigen EBM verankerten Struktur.

⁷ Die Vergütung belegärztlicher Leistungen (ärztlicher Anteil) bleibt Aufgabe der KVen; die derzeitigen Überlegungen zur Strukturierung belegärztlicher Leistungserbringung sollten einfließen.

5.2. Arztgruppenspezifischer bundeseinheitlicher Basisfallwert (BFV)

Die Bewertung der Vergütungspauschalen ergibt sich für die Arztpraxis aus der Multiplikation des praxisspezifischen Basisfallwertes mit dem in der "Rahmen"-Vertragsgebührenordnung angegebenen Relativgewicht. Der praxisspezifische Basisfallwert wird in Euro bestimmt⁸.

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich wird eine Grundpauschale in Euro festgelegt, die regional nur nach oben veränderbar ist.

Ermittlung des Basisfallwertes auf Bundesebene (Abbildung 2)

Auf der Bundesebene wird je Arztgruppe ein Basisfallwert [BFW_B], für die hausärztliche Versorgungsebene die Grundpauschale, vorgegeben. Der Basisfallwert und die Grundpauschale wird einmal jährlich durch den Bewertungsausschuss auf der Grundlage einer Preisfindung vorgegeben, orientiert an Kosten, kalkulatorischem Arztlohn und einer Durchschnittsfallzahl.

Ausgenommen werden dabei die Kosten, die über die Qualitätszuschläge abgedeckt werden. Neue, vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Leistungen, fließen bei der jährlichen Nachadjustierung des Basisfallwertes ein. Erstmals wird für die Erhebung der Kosten das dem derzeitigen EBM zugrunde liegende Standardbewertungssystem verwandt.⁹ Für den kalkulatorischen Arztlohn gilt der jeweils aktuelle Beschluss des (erweiterten) Bewertungsausschusses. Die Erhöhung der gesetzlichen Mehrwertsteuer, die Preissteigerungsrate seit 1994 und die Tarifabschlüsse im stationären Bereich, auf die der kalkulatorische Arztlohn aufsetzt, müssen berücksichtigt werden.

Für die jährliche Nachadjustierung erfolgt eine Kostenermittlung durch das Institut beim Bewertungsausschuss anhand von Stichprobenerhebungen¹⁰.

Der bundeseinheitliche kassenartenübergreifende Basisfallwert ergibt mit den von den Gesamtvertragspartnern festzulegenden regionalen Modifikationen den praxisspezifischen Basisfallwert.

Regionale Modifikationsmöglichkeiten:

- Gesamtvertragliche kassenartenübergreifende Zu- und Abschläge zum Basisfallwert, [ZA_{rg}] für die besondere regionale Versorgungssituation,
- Bundeseinheitliche, kassenartenübergreifende praxisspezifische Qualitätszuschläge [ZQS] für Praxisausstattungen, die bei Erbringung von genehmigungspflichtigen Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V notwendig sind (zuzüglich einiger noch auf Bundesebene zu beratender weiterer Zuschläge, für die es keine Richtlinie nach § 135 Abs. 2 SGB V gibt),
- Gesamtvertragliche, kassenartenübergreifende Zuschläge für die Einhaltung von Qualitätsindikatoren und für das Vorhalten eines QM-Systems [ZQI/QM],
- Gesamtvertragliche, kassenartenübergreifende Zu- und Abschläge bei Unter- und Überversorgung [ZUV/ÜV],
- Berücksichtigung der Kooperationsstruktur der Praxis [ZKoop].

Die zuständige Kassenärztliche Vereinigung ermittelt anhand der bundeseinheitlichen bzw. gesamtvertraglichen kassenartenübergreifenden Vorgaben somit einen praxisspezifischen Basisfallwert [BFW_P], der dem Vertragsarzt jeweils zum Beginn eines Jahres mitzuteilen ist. Dieser gilt für das gesamte Abrechnungsjahr. Er ist erst im Folgejahr veränderbar. Damit ist garantiert, dass der Vertragsarzt über das gesamte Kalenderjahr im Vorhinein Transparenz über die Höhe der Vergütung seiner Leistungen hat.

Die Vergütung selbst erfolgt nach monatlichen Abschlägen. Quartalsweise wird sowohl mit dem Vertragsarzt als auch mit den Krankenkassen spitz abgerechnet. Die ggf. notwendige Verrechnung der veranlassten Leistungen mit dem Honorar erfolgt quartalsversetzt.

Abbildung 2: Ermittlung des Basisfallwertes auf Bundesebene

Bundesebene (Bewertungs- ausschuss)	BFW_B Arztgruppen- spezifische, bundesein- heitliche Festlegung der Höhe	ZQS_B Arztgruppen- spezifische, bundesein- heitliche Festlegung der Höhe			$ZKoop_B$ Festlegung	RG_B Fest- legung
Landesebene (Gesamtver- tragspartner)	$BFW_L = BFW_B + \Delta Z_{Lg}$ Festlegung durch Gesamtver- tragspartner	ZQS_L Zuordnung zu jeder Praxis	ZQI/QM_L Vereinbarung, Zuordnung zu jeder Praxis	$ZUV/ÜV_L$ Vereinbarung, Zuordnung zu jeder Praxis	$ZKoop_L$ Vereinbarung, Zuordnung zu jeder Praxis	
Praxisebene	$BFW_P = BFW_L$	$+ \sum ZQS_B$	$+ ZQI/QM_L$	$+ ZUV/ÜV_L$	$+ ZKoop_B$	
Leistung	Preis = BFW_P		x			RG_B

⁸ Analog zum DRG-System; Praxis und Krankenhaus werden insoweit gleich behandelt.

⁹ Dabei sind die Korrekturen, die derzeit erarbeitet werden, zu berücksichtigen.

¹⁰ Ggf. rollierende Stichprobenerhebung.

5.3 Allgemeine Abrechnungsbestimmungen

Die Allgemeinen Abrechnungsbestimmungen werden stark vereinfacht:

- Abrechnungsausschlüsse werden auf wenige auf die Betriebsstätte oder auf den Arzt bezogene begrenzt, deren Notwendigkeit sich aus dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz ergibt,
- die verpflichtende Anwendung von Codierrichtlinien für den Diagnosebezug wird verankert,
- die durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bedingte veränderte Form der persönlichen Leistungserbringung wird berücksichtigt.

Die Allgemeinen Bestimmungen sind kassenartenübergreifend und bundeseinheitlich anzuwenden.

5.4 Qualitätszuschläge

Im haus- wie im fachärztlichen Versorgungsbereich gibt es eine Vielzahl genehmigungspflichtiger Leistungen gemäß § 135 Abs. 2 SGB V. Darüber hinaus sind die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses mit zusätzlichen Qualifikationsanforderungen zu beachten. Für die hierzu notwendige Geräteausstattung können Qualitätszuschläge vorgesehen werden.

Mögliche Qualitätszuschläge sind für nachfolgende Leistungen beispielhaft denkbar:

- Allergologie,
- Arthroskopische Untersuchungen,
- Blutreinigungsverfahren,
- Herzschrittmacherkontrolle,

- Koloskopie,
- Gastroskopie,
- Langzeit-EKG-Untersuchungen,
- Notfallausstattung,
- Photodynamische Therapie am Augenhintergrund,
- Schlafbezogene Atmungsstörung,
- Schmerztherapie,
- Ultraschalldiagnostik,
- Vereinbarung zur invasiven Kardiologie.

In den Qualitätszuschlägen sind nur die hierfür notwendigen Kosten für die apparative leistungsbezogene Ausstattung und weitergehende Strukturen verankert. Sie werden auf der Grundlage (siehe vorne) des derzeit für die Bewertung der ärztlichen Leistungen im EBM vorhandenen Standardbewertungssystems ermittelt. Bei der jährlichen Überprüfung wird die bereits für die Ermittlung des Basisfallwertes notwendige Stichprobe herangezogen.

Qualitätszuschläge werden kassenartenübergreifend und bundeseinheitlich ermittelt. Die Höhe der Kosten wird in Euro ausgewiesen. Die Kassenärztliche Vereinigung ermittelt einmal jährlich für jeden zugelassenen Vertragsarzt, jeden angestellten Arzt, jeden ermächtigten Krankenhausarzt, jede ermächtigte Institution oder jedes Medizinische Versorgungszentrum die Art und Anzahl der Qualitätszuschläge. Sie gelten jeweils für das laufende Abrechnungsjahr. Sie werden dem praxisspezifischen Basisfallwert hinzu addiert.

Damit unterliegen auch die Qualitätszuschläge der fixkostenorientierten *bzw. degressiven Abstaffelung*.

5.5 Qualitätsindikatoren und Qualitätsmanagement

Die stringente Pauschalierung ärztlicher Leistungen erfordert, dass Maßnahmen der Qualitätsförderung stärker als bisher mit finanziellen Anreizen versehen werden. Daher wird vorgeschlagen, für die Vorhaltung eines zertifizierten Qualitätsmanagements einen Zuschlag zum Basisfallwert zu verankern. Der Zuschlag wird normativ vom Bewertungsausschuss ermittelt und könnte 5,00 Euro betragen.

Darüber hinaus sollen Qualitätsindikatoren auf Gesamtvertragsebene vereinbart werden. Die Gesamtvertragspartner können so genannte Performance-Indikatoren im Gesamtvertrag festlegen.

Beispielhaft seien genannt:

- Prozentualer Anteil der geimpften Patienten einer Praxis (> 80 %)
- Rate der Teilnahme an Früherkennungsuntersuchungen aller Patienten einer Praxis (Zielwert 100 %)

Für die Einhaltung dieser Performance-Indikatoren könnte ebenfalls ein Zuschlag in einer von den Gesamtvertragspartnern zu definierenden Höhe vereinbart werden.

Die Erfüllung der Performance-Indikatoren muss mittels Selbsterklärung und Dokumentationsverpflichtung nachgewiesen werden.

Den Gesamtvertragspartnern werden weitere Möglichkeiten zur Qualitätsförderung, auch mit finanziellen Anreizen, eingeräumt.

5.6 EDV-gestützte Dokumentationsverpflichtung

Grundsätzlich wird die Dokumentation per EDV verpflichtend gestaltet. Praxen, die diese Auflagen (noch) nicht erfüllen, können ggf. durch Abschläge dazu bewegt werden.

5.7 Zu- und Abschläge bei Unter- und Überversorgung

In der "Rahmen"-Vertragsgebührenordnung werden auf Bundesebene Zu- und Abschläge entsprechend des regionalen Versorgungsbedarfs vorgesehen. Die Zu- und Abschläge orientieren sich nach den Raumordnungskriterien der Bedarfsplanungs- Richtlinien. Über die Zu- und Abschläge je Praxis sowie über deren Höhe entscheiden die Gesamtvertragspartner¹¹. Damit können Anreize zu Praxisneugründungen oder Tätigkeit in unterversorgten Gebieten gesetzt werden. Die Zu- und Abschläge werden direkt auf den Basisfallwert angerechnet. Für bestehende Praxen gelten die Zu- oder Abschläge nur für Neufälle bzw. es sind Übergangsregelungen vorzusehen.

¹¹Perspektivisch kann deshalb die Bedarfszulassung in einigen Jahren entfallen. Die Zu- und Abschläge werden für jede Praxis vorgesehen, sofern sich die Gesamtvertragspartner dazu vereinbaren. Dies gilt auch für die Höhe der Zu- und Abschläge zum Basisfallwert.

5.8 Abrechnungsbestimmungen für Kooperationsformen

In Gemeinschaftspraxen, Praxen mit angestellten Ärzten und medizinischen Versorgungszentren sucht ggf. derselbe Patient verschiedene Ärzte derselben Kooperationsstruktur in demselben Quartal auf. Mehrkosten und zusätzlich abzufordernder Arztlohn müssen für diese Fälle beschränkt werden.

Dazu wird je Arzt ein Zuschlag zum Basisfallwert durch den Bewertungsausschuss beschlossen. Damit werden Kooperationsstrukturen sinnvoll gefördert.

5.9 Fixkostenorientierte Abstufungsregelung (Abbildung 3)

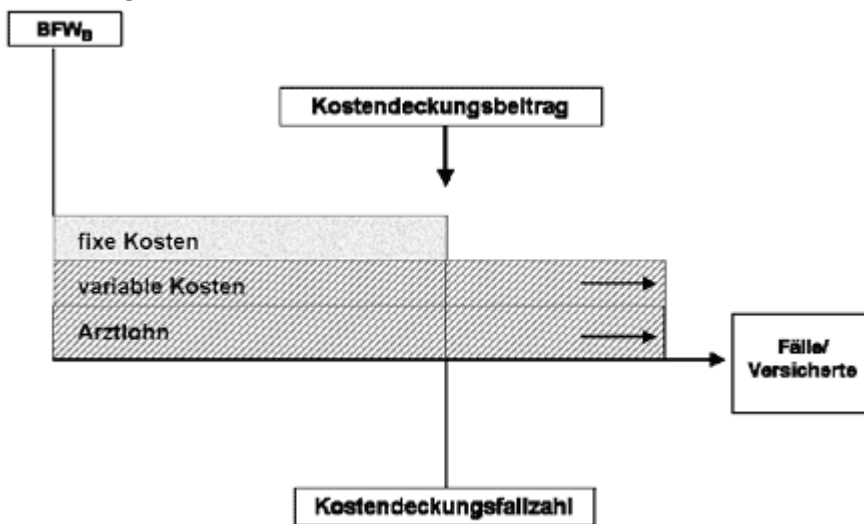
Der Wegfall eines von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten globalen Finanzvolumens und ein festes Preissystem macht neben der stringenten Pauschalierung und den veranlasserbezogenen Vergütungsregelungen weitergehende Steuerungsmaßnahmen notwendig. Der in Euro ausgedrückte Basisfallwert einer Arztgruppe, der über die schon beschriebenen Mechanismen zu einem praxisspezifischen Basisfallwert wird, beinhaltet neben dem Arztlohn sowohl die fixen als auch variablen Kosten. Bei hohen Versicherten- bzw.

Fallzahlen werden die fixen Kosten über den notwendigen Kostendeckungsbeitrag hinaus vergütet. Daher wird eine bundeseinheitliche kassenartenübergreifende fixkostenorientierte bzw. *Degressive Abstufung im Bewertungsausschuss beschlossen und in der "Rahmen"-Vertragsgebührenordnung verankert. Dazu wird für jede Arztgruppe unter Bezugnahme auf die Betriebsstätte eine "Kostendeckungsfallzahl" bestimmt, ab der nur noch die variablen Kosten und der Arztlohn vergütet werden. Die hierbei erfolgende fallzahlgesteuerte Abstufung ist arztgruppenspezifisch und betriebsstättenbezogen, da der Anteil variabler und fixer Kosten im Hinblick auf die Bezugsgrößen variiert.*

Die Abstufung ist kassenartenübergreifend und bundeseinheitlich. Kassenspezifisch unterschiedliche Anteile nicht abgestaffelter und abgestaffelter Preise werden nach einem ebenfalls bundeseinheitlich festzulegenden Verfahren verrechnet.

Die Gesamtvertragspartner können die Abstufung nicht verändern, haben aber über die Möglichkeit der regionalen Anpassung des Basisfallwertes und der Berücksichtigung von Zu- und Abschlägen für besondere Versorgungssituationen die Möglichkeit, leistungsstarken Praxen Spielräume zu eröffnen.

Abbildung 3:



Über die die Kostendeckungsfallzahl nicht erreichende kleine Praxen ist in Bezug auf eine mögliche Abquotierung noch zu beraten.

5.10 Veranlasserbezogene Vergütungsregelungen

Für

- laborärztliche,
- mikrobiologische,
- infektionsepidemiologische,
- nuklearmedizinische,
- humangenetische,
- pathologische,
- zytologische,
- molekularpathologische,

- molekulargenetische,
- radiologische,
- reproduktionsmedizinische

Leistungen ist die Einzelleistungsbeschreibung zwingend notwendig, da sie größtenteils von ausschließlich auftragnehmenden Ärzten erbracht werden. Allerdings können diese Einzelleistungen verfahrensbezogen pauschaliert werden. Auch die eigenerbrachten Leistungen dieses Bereichs erfordern die Einzelleistungsbeschreibung, um sie Obergrenzen zuordnen zu können. Für auftragnehmende Ärzte ist in den Bundesmantelverträgen zu regeln, dass sie künftig nur noch mittels Indikations- bzw. Definitionsauftrag tätig werden können, um einen eindeutigen Veranlasserbezug herzustellen.

Die Steuerung dieser Leistungen muss über den Veranlasser erfolgen. Das geschieht zum einen dadurch, dass ein finanzieller Anreiz in Form eines Zuschlages zum Basisfallwert für wirtschaftliches Verordnen oder Erbringen der oben genannten Leistungen verankert wird. Dieser Zuschlag wird vom Bewertungsausschuss arztgruppenspezifisch bestimmt und definiert wirtschaftliches Veranlasserverhalten.

Gleichzeitig werden für diese Leistungsbereiche fallzahlabhängige Obergrenzen durch den Bewertungsausschuss beschlossen. Bis zu dieser praxisspezifischen Obergrenze können Vertragsärzte entsprechende Leistungen eines Leistungsbereiches entweder selbst erbringen oder veranlassen. Damit sind diese Leistungsmengen begrenzt¹². Überschreitet ein Vertragsarzt die Obergrenze eines jeweiligen Leistungsbereiches, erfolgt ein proportionaler Abzug vom Basisfallwert. Somit wird bei der Überschreitung zunächst der zuvor gewährte Bonus liquidiert und erst weitere Überschreitungen führen zu echten Abzügen vom Basisfallwert.

Indikationsbezogene Ausnahmen sind vorzusehen. Ein bundesweites Clearingverfahren für diese Leistungsbereiche stellt sicher, dass die veranlassten Leistungsmengen auch dann dem Veranlasser zugeordnet werden können, wenn die Leistungen außerhalb des KV-Bezirks erbracht werden. Die Festlegung erfolgt jeweils zu Beginn des Jahres und wirkt für das gesamte Abrechnungsjahr. Überschreitungen werden dem Vertragsarzt zeitnah bekannt gegeben, so dass er jederzeit einen Überblick über ein gegebenenfalls vorhandenes Überschreitungsvolumen hat. Bei Überschreitungen erfolgt die Korrektur im Folgejahr durch Verminderung des Basisfallwertes. Die Benutzungsverhältnisse in Kooperationsformen sind der KV gegenüber offen zu legen.

Nach demselben Muster könnten auch individuelle praxisspezifische Obergrenzen für Arzneimittel bestimmt werden. Diese würden unmittelbar die Bonus-Malus-Regelung ersetzen und eine individuelle Arzneimittelsteuerung ermöglichen¹³.

5.11 Abrechnung von Sachkosten

Die Abrechnung von Sachkosten erfolgt ebenfalls pauschaliert, soweit dies möglich ist. Sachkosten werden entweder kassenartenübergreifend und bundeseinheitlich in der "Rahmen"-Vertragsgebührenordnung geregelt oder über die regionalen Sprechstundenbedarfsregelungen. Die Abrechnung der Sachkosten wird über die Kassenärztliche Vereinigung abgewickelt. Die Prüfung erfolgt ebenfalls stichprobenbezogen.

Praxiskosten, die im Basisfallwert enthalten sind, fallen nicht unter die Sachkostenregelung.

6. Prüfung der Abrechnung ärztlicher Leistungen

Das zuvor beschriebene neue Vergütungssystem ermöglicht eine vollständige Entbürokratisierung der Prüfung der Abrechnung ärztlicher Leistungen. Deshalb können die sachlich-rechnerische Prüfung einschließlich der Plausibilitätsprüfung, der Wirtschaftlichkeitsprüfung sowie der Richtgrößenprüfung für veranlasste Leistungen im Arzneimittelbereich entfallen. An deren Stelle tritt eine mindestens vier- bis zehnprozentige arztgruppenspezifische Stichprobenprüfung über die Gesamtheit der ärztlichen Leistungen. Dies ist gesetzlich zu verankern. Für eine sachgerechte Prüfung ist es notwendig, dass der Gesetzgeber unangemeldete Praxisbegehungen und die umfassende Einsicht in die ärztliche Behandlungsdokumentation ermöglicht. Die Begehungen erfolgen durch eine von der Kassenärztlichen Vereinigung gebildete Kommission. Ergibt die Prüfung Verstöße gegen die Ordnungsgemäßheit der Versorgung oder die Einhaltung vertragsärztlicher Pflichten, empfiehlt die Kommission eine Schadensregulierung. Die Feststellung des Schadens erfolgt in einem in den Bundesmantelverträgen näher festzulegenden Verfahren zur Schadensfeststellung. Die Schadensregulierung erfolgt durch die Kassenärztliche Vereinigung von Amts wegen, die die festgestellte Schadenssumme in einem noch zu vereinbarenden Verfahren den Krankenkassen überlässt.

In diesem Zusammenhang ist auch gesetzlich zu regeln, dass die Pflichten zur Überwachung und Begehung von Arztpraxen durch Behörden im Rahmen des Infektionsschutzgesetzes, des Medizinproduktgesetzes, des Arbeitsschutzgesetzes, länderspezifischer Gesetze für den Gesundheitsdienst und berufsgenossenschaftlicher Vorschriften auf die Kassenärztlichen Vereinigungen übertragen werden. Diese können im Rahmen der Stichprobenüberprüfung diese Pflichten – verbundenen mit einer anteiligen Kostenübernahme durch die staatlichen Behörden – mit übernehmen. Eine solche Regelung würde erheblich zum Bürokratieabbau beitragen.

Ergänzend wird die Möglichkeit geschaffen, dass vertragsärztliche Praxen freiwillig eine Überprüfung ihrer ärztlichen Tätigkeit bei der zuständigen Stelle beantragen können. Diese freiwillige Überprüfung führt dann ebenso wie die regelhafte Überprüfung zu einer Bestätigung durch die zuständige Stelle, dass der Vertragsarzt seine ärztlichen Leistungen ordnungs- und sachgemäß erbringt.

7. Inkrafttreten und Übergangsregelung

- Inkrafttreten der Bundes-Euro-Gebührenordnung zum 1. Oktober 2007.
- Inkrafttreten der regionalen Euro-Gebührenordnung zum 1. Januar 2008.
- Für den Übergang wird in 2007 die Gesamtvergütung sockelrelevant um 10 % erhöht. Die regional unterschiedlichen Finanzbedarfe sind dabei zu berücksichtigen.
- In 2007 werden die Kopfpauschalen auf Versichertenpauschalen umgestellt und es erfolgt eine kassenartenübergreifende Angleichung der Kopfpauschalen.

- In 2008 gilt die modifizierte Gesamtvergütung fort, die um die Grundlohnsummenentwicklung und für neue Leistungen gesteigert wird (Probejahr).
- Ab dem 1. Januar 2009 entfällt die Budgetierung ärztlicher Leistungen.

Ergänzende Anlage zum Papier „Vergütungsreform der ärztlichen Leistungen“
Version 1.2 Berlin, 29. Juni 2006

Vergütungsreform der hausärztlichen Leistungen

1. Präambel

Die hausärztliche Versorgung hat nach langjährigen intensiven Diskussionen auf institutioneller und politischer Ebene den Stellenwert erlangt, den sie in der Gesundheitsversorgung für Patienten tatsächlich schon lange einnimmt: sie ist die zentrale Versorgungsebene bei Früherkennung, Prävention, Diagnose, Kuration, Rehabilitation und zunehmend auch in der Pflege. Der Hausarzt ist und bleibt der primäre Ansprechpartner für alle Patienten und ihre Angehörigen.

Mit der sich in allen Industrieländern abzeichnenden demographischen Entwicklung – der zunehmenden Alterung der Gesellschaft – wird die Bedeutung der hausärztlichen Versorgung weiter zunehmen. Nicht nur die politisch gewollte und durch zunehmenden Wettbewerb geförderte Vielzahl unterschiedlicher Versorgungsmodelle, sondern auch die hohe Dynamik des medizinischen Fortschritts ziehen eine erhöhte Intransparenz des Versorgungssystems nach sich. Patienten benötigen demnach mehr Orientierung als je zuvor. Vertragsärzte, insbesondere Hausärzte, brauchen in Zukunft konsistentere Rahmenbedingungen, die die Qualität hausärztlicher Versorgung gewährleisten.

Die Sicherung und der Ausbau einer flächendeckenden hausärztlichen Versorgung erfordern eine Reform der hausärztlichen Vergütung, die den zukünftigen Anforderungen eines neuen Wettbewerbs in der Leistungserbringung gerecht wird und zugleich solide Rahmenbedingungen für die hausärztliche Tätigkeit schafft.

Ein neues Vergütungsmodell hausärztlicher Leistungen muss daher zwingend die Kriterien von Kalkulations- und Planungssicherheit sowie Transparenz erfüllen.

2. Eckpunkte

Die aktuelle Form der hausärztlichen Vergütung genügt weder den heutigen noch den zukünftigen Anforderungen der hausärztlichen Tätigkeit. Insbesondere Budgetierung, Leistungsbewertungen in Punkten und floatende Punktwerte spiegeln nicht mehr das Spektrum hausärztlicher Leistungen wider.

Deswegen wird die neue Gebührenordnung hausärztlicher Leistungen eine Vergütung in Euro sein, die ein wesentliches Element der neuen Transparenz hinsichtlich der erbrachten Leistungen für Hausärzte sein wird.

Neue Analysen belegen, dass eine strikt morbiditätsorientierte Bewertung vertragsärztlicher

Leistungen im ambulanten Bereich weder zu Qualitäts- und Effizienzverbesserungen in der Leistungserbringung noch zu höherer Transparenz für Ärzte führt.

Die Erfassung von Morbidität in der Hausarztpraxis stellt sich wegen der besonderen hausärztlichen Arbeitsmethodik auf der Grundlage des derzeit gültigen ICD 10 als sehr problematisch dar (großes Diagnosespektrum, episodisch wechselnde Gewichtung sog. Haupt- und Nebendiagnosen etc.). Außerdem würde eine zwingend erforderliche Codierrichtlinie die bereits ausufernde Bürokratie in der Hausarztpraxis weiter verschärfen.

Deswegen lässt sich im hausärztlichen Leistungsspektrum mit den Variablen Alter und Geschlecht der Patienten, ggf. kombiniert mit der Erfassung weniger chronischer Erkrankungen, eine Morbiditätserfassung herbeiführen, die den aktuellen Status und die zukünftige Entwicklung der Morbidität ohne Einschränkungen erfasst. Die aus den Variablen Alter und Geschlecht gebildete Grundbetreuungspauschale in Euro bildet das Kernelement der neuen Vergütungsstruktur (A).

Neue wettbewerbliche Bedingungen werden der Gesetzlichen Krankenversicherung zunehmend stärker einzelvertragliches Handeln ermöglichen, bei dem Qualitäts- und Qualifikationskriterien hausärztlicher Tätigkeit einen zentralen Stellenwert einnehmen werden. Die neue hausärztliche Gebührenordnung wird demzufolge Elemente von Qualitäts- und Qualifikationsindikatoren enthalten, die diese Leistungen adäquat bewerten und Anreize zur Förderung beinhalten. Dieses zweite Element (B) wird sich an Praxisspezifikationen orientieren und damit die unterschiedliche Struktur, Qualifikation und Qualität jeder einzelnen Praxis erfassen.

In einem dritten Komplex (C) werden besondere Leistungen hausärztlicher Tätigkeit wie Pflegeheimbetreuung, die Teilnahme am organisierten Notfalldienst, Leistungen der Prävention und andere Leistungen in Form von Einzelleistungsvergütung honoriert.

Alle drei Elemente tragen in ihrer unterschiedlichen Gewichtung im Gesamtkonzept der neuen Vergütung dazu bei, dass Hausärzte in Zukunft die zwingend erforderliche Planungssicherheit durch Kalkulationsseriosität erhalten. Darüber hinaus wird für jeden einzelnen Hausarzt die Bewertung und mithin die Wertigkeit seiner Arbeit transparent. Die Systematik ist leicht verständlich und führt daher zu einer hohen Akzeptanz bei den Hausärzten. Sie führt zu einer deutlichen Entbürokratisierung der Praxis, was dem Hausarzt eine stärkere Patientenzuwendung ermöglicht.

Das neue Vergütungsmodell hausärztlicher Leistungen leistet einen wesentlichen Beitrag zur Sicherung und zum Ausbau einer flächendeckenden, qualitätsorientierten hausärztlichen Versorgung und wird möglichen Versorgungsengpässen in der hausärztlichen Versorgungslandschaft entgegenwirken.

3. Elemente der Vergütungsstruktur

A: Grundbetreuungspauschale in Euro

Die aus den Variablen Alter und Geschlecht der Versicherten gebildete Grundpauschale in Euro ist das zentrale Element, das die hausärztlichen Leistungen im Wesentlichen vergüten wird. Die Grundpauschale setzt sich aus drei bis fünf alters- und geschlechtsgewichteten Pauschalen zusammen, die die vorhandene Morbidität der Patienten und damit die zu erbringenden Leistungen abdecken werden.

Die Definition der Grundpauschale sowie die notwendigen zukünftigen Anpassungen erfolgen auf der Bundesebene. Die Vergütungshöhe wird bundeseinheitlich in Euro durch den Bewertungsausschuss festgelegt.

Das Erfordernis einer regionalen Versorgungsbedarfssteuerung wird darüber hinaus ebenfalls über die Grundpauschale realisiert. Mit einem definierten Hebesatzkorridor (0,8 bis 1,2) können spezifische regionale Versorgungserfordernisse wie Unter- oder Überversorgung beeinflusst werden. Der Hebesatzkorridor, der auf Landesebene das Ergebnis 1,0 erreichen muss, wird als Instrument in regionaler Verhandlungskompetenz zur Steuerung der Bedarfe angewandt. Konkret: mit Zu- und Abschlägen werden Anreize zur Steuerung gesetzt, die auf eine optimale hausärztliche Versorgungssituation in einer Region zielen.

B: Praxisspezifikationen

Das Element der Praxisspezifikationen umfasst 3 wesentliche Bereiche:

1. Struktur- und Qualifikationszuschläge:

Mit diesen Zuschlägen wird die unterschiedliche Praxisstruktur in Bezug auf Ausstattung und Qualifikation des Arztes abgebildet. Die Zuschläge werden ebenfalls bundeseinheitlich in Euro vom Bewertungsausschuss festgelegt und jeder Praxis spezifisch zugeordnet.

2. Multimorbiditätszuschlag:

Über diesen Zuschlag wird die unterschiedliche Häufigkeit von wesentlichen chronischen Erkrankungen in einer Hausarztpraxis abgebildet. Die Erfassung soll über Disease-Management-Programme (DMP's), die schrittweise zu einem einheitlichen Multimorbiditäts-DMP weiterentwickelt werden, erfolgen. Damit würde die praxisspezifische Morbiditätslast abgebildet.

3. Qualitätszuschläge:

Qualitätsindikatoren werden auf Bundesebene einheitlich definiert und sind auf der regionalen Verhandlungsebene variable Anteile im Konzept der hausärztlichen Vergütung. Zuschläge werden nur bei Erfüllung und Erreichung der definierten Kriterien erteilt. Sie unterliegen damit der Verhandlungskompetenz der Vertragspartner und damit gleichzeitig sowohl dem Wettbewerb in der Leistungserbringung als auch dem in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Honorierung von Praxisspezifikationen bietet Anreize zur Qualitätssicherung und –verbesserung und führt damit zur (politisch gewollten) Effizienzsteigerung in der Leistungserbringung.

Die Addition der Elemente A, B1 und B2 führt zu einer praxisspezifischen Pauschale, die ohne zusätzliche Abrechnung pro Fall vergütet wird. Das Element B3 ist variabel und soll möglichst ohne zusätzliche Dokumentation aus der Praxis-EDV von der KV erfasst werden können (z.B. prozentualer Anteil der Td-geimpften Patienten)

C: Einzelleistungsvergütung

Der Bereich der Einzelleistungsvergütung ist ebenfalls ein variabler Anteil im Vergütungskonzept, da in ihm einzelne Leistungen zusammengefasst werden, die mit einem besonderen Aufwand verbunden sind. Leistungen der Prävention, ambulantes Operieren, Methadonsubstitution, Pflegeheimbetreuung, die Teilnahme am organisierten Notfalldienst, Schulungen und Wegegelder und ihre entsprechende Vergütung werden in diesem Bereich definiert. Grundlage hierfür ist der derzeit gültige EBM.

4. Fallzahlbegrenzung und Abstufung

Das Konzept der hausärztlichen Vergütung ist mit einem Modell zur Begrenzung der Fallzahl zu kombinieren. Hierbei soll ab einer Fallzahl von 150% der regionalen durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe eine deutliche Abstufung und bei einer über 200%igen Überschreitung eine minimale oder keine Vergütung mehr erfolgen. Damit kann eine übermäßige Fallzahlentwicklung verhindert werden. Regionale Abweichungen wegen Versorgungsbedarfs könnten vereinbart werden. Die Kooperation würde so gefördert, wie auch die Anstellung von Ärzten i.S.d. Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG).

5. Zeitplan

Da das Gros der notwendigen Vorarbeiten erfolgt ist und die Morbiditätsorientierung nach Alter und Geschlecht im derzeitigen Risikostrukturausgleich in der Gesetzlichen Krankenversicherung bereits vorhanden ist, kann die neue Vergütung hausärztlicher Leistungen ab 1. Januar 2007 wirksam werden.

6. Graphik: Struktur der hausärztlichen Gebührenordnung

A: Grundbetreuungspauschale in Euro

3 -5 alters- und geschlechtsgewichtete Pauschalen in Euro

B: Praxisspezifikationen

1. Qualitätszuschläge in Euro (QI & QM) (BA)

2. Multimorbiditäts-DMP

3. Fachgruppenspezifische Struktur- und Qualifikationszuschläge in Euro (BA)

C: Einzelleistungsvergütung

Prävention	Schulungen
amb. Operieren	Org. Notfalldienst
Methadonsubstitution	Wegegelder
	Pflegeheimbetreuung