



KBV

Kassenärztliche
Bundes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Pressegespräch Politisches Sofortprogramm der KBV Berlin, 11. Oktober 2005

Dr. Andreas Köhler, Vorsitzender des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung

Flexibilisierung der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

Problem:

- Vertragsärzte haben heute nur sehr eingeschränkte Möglichkeiten, sich flexibel auf bestimmte Versorgungsbedürfnisse räumlich und organisatorisch einzustellen

Maßnahmen:

- Deutliche Lockerung der Bindung der Vertragsärzte an eine Praxis
- Erlaubnis für Vertragsärzte, in mehreren Berufsausübungsgemeinschaften tätig zu werden (auch Teilgemeinschaftspraxen und überörtliche Gemeinschaftspraxen)
- Erleichterung der Anstellung von Ärzten in einer Praxis
- Erweiterung der Möglichkeiten zur Teilzeittätigkeit

Flexibilisierung der Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit

- im Angestelltenstatus
- mit einem „hälftigen“ Versorgungsauftrag
- Die geltende Zulassungsgrenze von 55 Jahren kann in unterversorgten Gebieten aufgehoben werden

Ziele:

- Umsetzung der geänderten (Muster-)Berufsordnung
- Beseitigung der Ungleichheiten zwischen Vertragsärzten und MVZ
- Attraktivität der Niederlassung erhöhen
- Vereinbarkeit von Familie und Beruf vor allem für Ärztinnen verbessern

Faire Rahmenbedingungen für Integrationsverträge

Probleme:

- Blackbox Registrierungsstelle: Verträge werden derzeit nicht offengelegt, nur Deck- und Unterschriftenblatt sowie nicht kontrollierbare Schätzungen zu Geldmitteln und Teilnehmerzahlen werden registriert
- Koordination mit dem System der vertragsärztlichen Versorgung ist nur unzureichend möglich
- benötigte Anschubfinanzierung ist damit völlig unklar
- Ggf. notwendige Bereinigung damit nicht möglich

Faire Rahmenbedingungen für Integrationsverträge

Maßnahmen:

- Offenlegung der Vertragsinhalte gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenhäusern

Ziele:

- Herstellung von Transparenz
- Abzüge für Anschubfinanzierung nachvollziehbar und überprüfbar zu gestalten
- Vermeidung einer unangemessen hohen Belastung der sowieso chronisch unterfinanzierten ambulanten Versorgung
- Verhinderung von Doppelabrechnungen

Anschlussregelung nach Auslaufen der Anschubfinanzierung im Jahr 2007

Problem:

- Für Integrationsverträge gibt es derzeit keine Planungssicherheit über das Jahr 2006 hinaus

Maßnahme:

- Streichung der Anschubfinanzierung, dafür Einführung eines einvernehmlichen Bereinigungsverfahrens

Ziel:

- Transparenz, Klarheit über weitere Finanzierung und Klarheit für weitere Planungen

Kollektivvertraglich organisierte integrierte Versorgung und Konsiliarversorgung mit Krankenhäusern

Probleme:

- An Integrationsverträgen nach §§ 140 a ff. SGB V dürfen KVen per Gesetz nicht mitwirken
- Gefahr der Zersplitterung der Versorgungslandschaft

Maßnahmen:

- Einführung eines neuen § 73 d SGB V, der KVen ermöglicht, gemeinsam mit Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern sektorübergreifende oder komplexe Versorgungsverträge abzuschließen
- Option, auch hausarztzentrierte Versorgung in der Systematik des § 73 d SGB V abschließen zu können

Kollektivvertraglich organisierte integrierte Versorgung und Konsiliarversorgung mit Krankenhäusern

- Einführung eines neuen § 73 e SGB V, der KVen ermöglicht, Rahmenverträge mit Krankenhäusern zur Gewährleistung einer systematischen konsiliarischen Versorgung im Rahmen der Krankenhausbehandlung einschl. der vor- und nachstationären Versorgung zu schließen

Ziele:

- Ermöglichung eines Vertragssystemwettbewerbs (Integrationsverträge auf einzelvertraglicher Basis und Integrationsverträge auf kollektivvertraglicher Basis)
- Versorgungsverbesserung
- Effiziente Nutzung von Kapazitäten

Rechtsgrundlage für Beratungsaufgaben und Dienstleistungsgesellschaften der KBV und der KVen

Problem:

- Die derzeitige Rechtsgrundlage für die Beratung der Vertragsärzte – auch außerhalb des Kollektivvertrages – ist unklar

Maßnahme:

- Explizite gesetzliche Ermächtigung für KBV und KVen, sog. „Consults“ für Vertragsärzte einzurichten und ihre Mitglieder auch in wirtschaftlichen Fragen und hinsichtlich des Abschlusses von Einzelverträgen zu beraten

Ziel:

- Gute, fachkompetente Beratung und Unterstützung der Vertragsärzte angesichts der steigenden Managementanforderungen

Angleichung der Vergütung der Vertragsärzte der neuen Bundesländer

Problem:

- Die Vergütung der Vertragsärzte in den nBL liegt nach wie vor bei wesentlich höherer Arbeitsbelastung deutlich unter dem Niveau der West-KVen

Maßnahme:

- Zusätzliche Erhöhung der Gesamtvergütungen in den nBL in den Jahren 2006 und 2007 um insgesamt 10 %

Ziel:

- Honorargerechtigkeit
- Bestehende bzw. drohende Unterversorgung in den nBL beheben

Einführung der morbiditätsbezogenen Vergütung ab dem Jahr 2007

Problem:

- Die Einführung der morbiditätsbezogenen Vergütung gem. §§ 85a ff. SGB V erfordert sehr komplexe Vorarbeiten. Der derzeit gesetzlich vorgesehene Zeitplan muss modifiziert werden. Die Datenbasis für die Entwicklung des Vergütungssystems muss verbessert werden

Maßnahmen:

- Einführung einer Konvergenzphase
- Orientierungsregelung zur Sicherung eines angenäherten Vergütungsniveaus zwischen den KVen der nBL und den KVen der aBL
- Verfügbarkeit personenbezogener Versichertendaten ermöglichen

Einführung der morbiditätsbezogenen Vergütung ab dem Jahr 2007

Ziele:

- Das derzeitige Honorarsystem mit floatenden Punktwerten muss schnellstmöglich ersetzt werden. Die Einführung der morbiditätsbezogenen Vergütung darf keinesfalls verzögert werden
- Hohe Verlässlichkeit des Systems muss gewährleistet sein
- Reibungsarmer Übergang durch Konvergenzphase sicherstellen

Schließen der Gerechtigkeitslücke bei der sog. Praxisgebühr

Problem:

- Notorische Nichtzahler der 10 € können derzeit nicht vernünftig gerichtlich zur Zahlung gezwungen werden (den 10 € stehen 150 € Gerichtskosten gegenüber!)
- Bei Inanspruchnahme ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung ist unklar, ob die Gebühr pro Quartal ein- oder zweimal gezahlt werden muss

Maßnahme:

- Änderung des Sozialgerichtsgesetzes, wonach in diesen Fällen die Gerichtsgebühr nicht fällig wird
- Gesetzliche Klarstellung, das ärztliche und psychotherapeutische Versorgung eine einheitliche Versorgungsfunktion darstellen

Schließen der Gerechtigkeitslücke bei der sog. Praxisgebühr

Ziele:

- Keinen Anreiz zur Zahlungsverweigerung bieten, sonst besteht die Gefahr, dass die sog. Praxisgebühr bald von keinem mehr bezahlt wird
- Ehrliche Zahler nicht benachteiligen
- Überforderung durch Doppelzahlung bei psychotherapeutischer und ärztlicher Behandlung im Quartal vermeiden

Zeitpunkt der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte

Problem:

- Der derzeit gesetzlich festgelegte Zeitpunkt zur Einführung der eGK ist aufgrund der extremen Komplexität des Projektes nicht einzuhalten

Maßnahme:

- Festlegung des Zeitpunktes durch die Selbstverwaltung, ersatzweise durch einen gesetzlich festgelegten Zeitpunkt

Ziel:

- Qualität muss vor Schnelligkeit gehen!
- Technisch solide Realisierung ermöglichen

Regressansprüche aus Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen bei Insolvenz eines MVZ

Problem:

- Mögliche Regresse können ggf. gegenüber MVZ in der Rechtsform juristischer Personen des Privatrechts nach einer Insolvenz nicht mehr realisiert werden. Die Gesamtheit aller Vertragsärzte müsste dann unter diesen Regressen leiden, da es keine Rückbelastung der Krankenkassen gibt

Maßnahme:

- Gesetzliche Verankerung einer Bürgschaftserklärung

Ziel:

- Schutz der Gesamtvergütung

Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die GKV

Problem:

- Für die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die GKV gilt derzeit für die ambulante Versorgung das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, für die stationäre Versorgung dagegen die Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt

Maßnahme:

- Erlaubnisvorbehalt auch für die stationäre Versorgung grundsätzlich einführen

Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in die GKV

Ziele:

- Alle GKV-Patienten haben Anspruch darauf, grundsätzlich nur mit nutzengesicherten und wirksamen Methoden behandelt zu werden. Das gilt unabhängig vom Ort der Behandlung
- Für medizinisch begründete Besonderheiten müssen Ausnahmen erlaubt sein
- Gleichbehandlung von stationärer und ambulanter Versorgung

Qualitätssicherung: Verbesserung der Datenbasis

Problem:

- Eine effektive Prüfung von Qualität und Qualitätssicherung ist derzeit aufgrund datenschutzrechtlicher Bestimmungen nicht immer möglich, weil dazu benötigte Patientendaten nicht übermittelt werden dürfen

Maßnahme:

- Ermöglichung der Übermittlung notwendiger Patientendaten auch für genau definierte Zwecke der Qualitätsprüfung

Ziele:

- Verbesserung der Qualitätssicherung unter höchstmöglicher Beachtung des Datenschutzes

Schlussbemerkung

Die von der KBV geforderten kurzfristig zu realisierenden Gesetzesänderungen dienen

- der Bekämpfung des drohenden Ärztemangels durch Erhöhung der Attraktivität des Berufes des Vertragsarztes
- der Etablierung eines Vertragssystemwettbewerbs
- der Qualität und Transparenz der Versorgung
- sowie der Umsetzung der mit dem GMG eingeführten Veränderungen.

Die KBV will den angestoßenen Prozess hin zu mehr Wettbewerb unter fairen Bedingungen dadurch maßgeblich unterstützen