

Kontakt für Medien: Martin Degenhardt
Unter den Linden 16
10117 Berlin

Tel.: 030.408 173 268
Fax: 030.408 173 450

martin.degenhardt@kvb.de

Berlin, den 11. Mai 2011

STATEMENT

Vergütung regional verhandeln – Versorgung sicherstellen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (Länder-KVen) hatten vor den gesundheitspolitischen Reformen unter der ehemaligen Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt drei Kernaufgaben: Honorarverhandlung, Honorarverteilung und die Sicherstellung einer flächendeckenden wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung. Grundlage der Sicherstellung der flächendeckenden wohnortnahen ambulanten medizinischen Versorgung waren schon damals die bundesweit gültigen Bedarfsplanungsrichtlinien. Regionale Lösungen jenseits der zentralistischen Vorgaben waren – und sind bis heute – kaum möglich.

Bei der Sicherstellung will die Politik der Landesebene nun endlich wieder mehr Freiraum geben. Es sollen viele Instrumente zur Steuerung der ambulanten Versorgung weiterentwickelt werden oder neu hinzu kommen. Bei der Honorarverteilung sollen die Länder-KVen wieder mehr Gestaltungsspielraum erhalten und die Verteilung künftig weitgehend selbst regeln dürfen. Dies ist ein wichtiger Schritt.

Den letzten und entscheidenden Schritt sehen die Eckpunkte der Koalition zum geplanten GKV-Versorgungsgesetz im Gegensatz zu den Vertragszahnärzten bisher jedoch noch nicht vor: Die Re-Regionalisierung der Honorarverhandlungskompetenz. Die Länder-KVen müssen endlich wieder selbst nicht nur über die Verteilung einer bestimmten Honorarsumme, sondern auch über die Höhe dieser Honorarsumme für ihre Ärzte mitbestimmen dürfen. Die Zuteilung von Honorarzuwächsen durch die Bundesebene muss dringend beendet werden.

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

KVB
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

KVMV
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Entwicklung der letzten Jahre hat gezeigt, dass es nicht möglich ist, die unterschiedlichen Probleme der Regionen zentral von Berlin aus zu steuern. Dafür sind die Erwartungen der Patienten und die gewachsenen Strukturen in den einzelnen Ländern zu unterschiedlich. Deswegen fordern wir:

- Wiederherstellung der vollständigen Honorarverteilungsautonomie der Länder-KVen (Honorarverteilungsmaßstab)
- Wiederherstellung der regionalen Vertragskompetenz für die Honorarverträge unter Berücksichtigung von Bedarf und Morbidität – eine Forderung, die auch von der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) am 8. April 2011 mit großer Mehrheit getragen wurde
- Bilaterale Honorarverträge mit jeder Kassenart zur Berücksichtigung von kassenspezifischen Versorgungsschwerpunkten
- Beschränkung der Eingriffe der Bundesebene auf rahmenpolitische Aufgaben (zum Beispiel Trennung Vergütung Haus-/ Facharzt, Weiterentwicklung des EBM)

Kontakt für Medien: Martin Degenhardt
Unter den Linden 16
10117 Berlin

Tel.: 030.408 173 268
Fax: 030.408 173 450

martin.degenhardt@kvb.de

Berlin, den 11. Mai 2011

STATEMENT

Hohe Leistungsfähigkeit der Vertragsärzte sichert bereits heute die Versorgung von Patienten mit schweren Erkrankungen

In den bisher bekannten Ansätzen für das neue GKV-Versorgungsgesetz ist neben der ambulanten und stationären die Einführung einer dritten Leistungsebene vorgesehen: die spezialärztliche Versorgung, die von den niedergelassenen Ärzten und den Krankenhausärzten parallel ausgeführt werden soll. Vorgesehen ist diese dritte Leistungsebene für Patienten mit schweren oder seltenen Krankheiten mit besonders schweren Verläufen.

Die in FALK organisierten Kassenärztlichen Vereinigungen sehen dieses Vorhaben kritisch. Aus Sicht der Ärzteschaft müssen einige Voraussetzungen zwingend erfüllt werden, damit es zu einem fairen Wettbewerb zwischen dem stationären Sektor und den niedergelassenen Ärzten kommen kann:

- Es muss bei ausreichender lokaler Versorgung mit Fachärzten einen Überweisungsvorbehalt durch diese geben.
- Es soll eine klare Definition und Einschränkung der Leistungen geben, die unter diese Versorgungsebene fallen.
- Die Öffnung der Krankenhäuser darf sich nur auf diese Leistungen beschränken.
- Vor der Einführung ist die Vergütung zu regeln, die zwingend außerbudgetär erfolgen muss.

Alles Gute.

KVBW

Kassenärztliche
Vereinigung
Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

 **KVB**
Kassenärztliche Vereinigung Bayerns

 **KVMV**
Kassenärztliche Vereinigung
Mecklenburg-Vorpommern
Körperschaft des öffentlichen Rechts

- Einer gemeinsamen Stelle soll die Überprüfung der medizinisch-technischen Anforderungen sowie die Einhaltung der Qualitätssicherungsmaßnahmen obliegen – diese Aufgabe könnte aber auch bei der jeweiligen KV liegen.
- Die Abrechnung der Leistungen sowie die Prüfung der sachlichen und rechnerischen Richtigkeit erfolgt durch die jeweilige KV.
- Eine Subventionierung der Krankenhäuser (duale Finanzierung) muss ausgeschlossen sein.

STATEMENT

Ambulante Kodierrichtlinien – Versorgung messen und Honorar steuern? Sind die AKR das richtige Instrument?

Der nachhaltige Protest der Ärzteschaft gegen die Ambulanten Kodierrichtlinien (AKR) hat Bundesgesundheitsminister Dr. Philipp Rösler zum Handeln bewegt: In einem Schreiben an die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und den GKV-Spitzenverband schlug Rösler vor, die Testphase der AKR um ein halbes Jahr – bis zum 31. Dezember dieses Jahres – zu verlängern. Die AKR sollen demnach erst zum 1.1.2012 und dann auch nur in ausgewählten, repräsentativen Praxen eingeführt werden.

Folgende Kritikpunkte bestehen:

Steigender Bürokratieaufwand – steigende Wartezeiten?

Schon heute sind die Wartezeiten in einigen Regionen öffentlich in der Kritik. Durch die Einführung der AKR wird der zeitliche Aufwand für die Kodierung von Diagnosen erheblich steigen und die Zeit für die Versorgung und Behandlung der Patienten verringern.

Inhalt und Umfang fraglich

Die Vorgaben der AKR sind auch vor dem Hintergrund der damit beabsichtigten besseren Darstellung von Morbidität der Patienten zu hinterfragen. So liegt zum Beispiel die Verschlüsselungstiefe oberhalb der im Rahmen des Morbiditätsbedingten Risikostrukturausgleichs (Morbi-RSA) für einen Zuschlag erforderlichen Genauigkeit. Darüber hinaus sollen alle Patienten nach Maßgabe der AKR kodiert werden, obwohl für ähnliche Aufgabenstellungen Stichproben Anwendung finden. So wird etwa im Rahmen des Morbi-RSA seit 2009 eine Versichertenstichprobe verwendet und für die Gesamtheit hochgerechnet.

Datenschutz beachten

Gerade in Zeiten, in denen immer wieder vertrauliche Daten durch kriminelle Machenschaften (Stichwort: Sony) entwendet oder veröffentlicht werden, zeigt sich, dass es keinen absoluten Schutz vor der Entwendung oder dem Missbrauch von Daten gibt. Deswegen muss die Sammlung von so sensiblen Daten auf das absolut notwendige Mindestmaß reduziert werden. Die Vollerfassung von Patientendaten verstößt eklatant gegen den Grundsatz der Datensparsamkeit

Ohne AKR = weniger Geld im ambulanten System?

Was in der Diskussion um die AKR oft vergessen wird, ist, dass die Finanzmittel aus dem Morbi-RSA bereits seit 2009 auch unter Berücksichtigung von gesicherten ambulanten Diagnosen und Arzneimittelverordnungen aus der vertragsärztlichen Versorgung an die Krankenkassen verteilt werden. Und das offensichtlich ohne systemrelevante Kritik. Im Ergebnis wird bereits heute auf der Ebene der Krankenkassen und der Region eine morbiditätsbedingte Verteilung der Mittel für die gesetzliche Krankenversicherung durchgeführt.

Fazit:

Die Ambulanten Kodierrichtlinien führen zu einer erheblichen zusätzlichen Zeitbelastung durch Bürokratie in den Praxen. Diese Zeit fehlt für eine Zuwendung sowie Behandlung der Patienten. Die Inhalte und der Umfang sind auch vor dem Hintergrund des Datenschutzes und der Datensparsamkeit auf das notwendige Maß zu beschränken (Stichprobe). Für die Darstellung der Morbidität sind bereits heute in der Praxis Verfahren implementiert, die auch in der vertragsärztlichen Versorgung Anwendung finden können.