



Kassenärztliche
Bundesvereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

*Die Zukunft der
vertragsärztlichen
Versorgung*

*Vorschläge zur Weiterentwicklung
der ambulanten Medizin*

Inhaltsverzeichnis

I. Sicherheit, Gerechtigkeit und Solidarität müssen wieder einen höheren Stellenwert bei der medizinischen Versorgung erhalten	3
1. Intelligente Versorgungssteuerung statt unflexibler Bedarfsplanung.....	3
2. Fairer Wettbewerb in der vertragsärztlichen Versorgung	5
3. Förderung des Nachwuchses	7
4. MVZ: Erhaltung der Freiberuflichkeit der ärztlichen Berufsausübung	7
II. Neuausrichtung des KV-Systems: Konzentration und Effizienz auf Bundesebene – Kohäsion und Mitgliedernähe in der Region	8
1. Erweiterung des Aufgabenbereichs der KBV.....	8
2. Mehr regionaler Spielraum für die KVen.....	9
3. Mehr Eigenständigkeit für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter dem Dach der KVen.....	9
4. Effiziente Qualitätssicherung durch verbesserte Datengrundlagen.....	10
5. „Holding-Struktur“ unter optionaler Beteiligung der KBV	10
III. Die Vergütungsordnung ist zu vereinfachen zugunsten von Transparenz und Einheitlichkeit sowie stärkerer Berücksichtigung regionaler Besonderheiten	11
IV. Nach Jahren einer intransparenten Überregulierung muss die Arznei- und Heilmittelversorgung neu geordnet werden	12
V. Einrichtung eines Innovationsfonds zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung	14

Die Zukunft der vertragsärztlichen Versorgung

Freie Arztwahl, Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten in Wohnortnähe, eine hohe Qualität in der ambulanten Patientenversorgung bundesweit und rund um die Uhr – all das sind Vorzüge des deutschen Gesundheitssystems. Diese gilt es zu erhalten. Fehler der Vergangenheit, die vor allem in der Entwicklung zur Staatsmedizin, in einem falsch verstandenen Wettbewerb und in einer Überreglementierung und Überbürokratisierung bestehen, sind zu korrigieren. Wir brauchen Lösungsvorschläge, die die Effizienz und Leistungsfähigkeit des Gesundheitssystems erhöhen, ohne bewährte Strukturen zu zerstören. Zu den vorrangigen Aufgaben der nächsten Jahre gehören die Vermeidung von Unterversorgung, eine stärkere Zusammenarbeit des ambulanten und stationären Sektors und der Erhalt der freien Arztwahl. Das Honorarsystem der Ärzte ist zu vereinfachen, die Arzneimittelversorgung neu zu ordnen. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung ist bereit, diese Aufgaben anzugehen und an der Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung aktiv mitzuwirken.

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

1. Intelligente Versorgungssteuerung statt unflexibler Bedarfsplanung

Ärztemangel nicht nur in Prignitz und Uckermark: Auch in anderen Regionen wird das MedizinerNetz dünner. Um auch in Zukunft eine wohnortnahe Versorgung sicherstellen zu können, brauchen wir eine flexiblere Bedarfsplanung. Ziel sollte eine sektorenübergreifende Versorgungsplanung sein, die kleinräumig den Behandlungsbedarf der Wohnbevölkerung misst und daraus den Versorgungsbedarf im ambulanten und stationären Bereich ableitet.

Vorschläge

- *Zulassung nur noch für ausgewiesene Sitze*

Die derzeitige Bedarfsplanung wird durch eine kleinräumige Versorgungsplanung mit Sitzverteilungssteuerung ersetzt. Zulassungen als Vertragsarzt oder Vertragspsychotherapeut sind nur noch für ausgewiesene Sitze erlaubt. Weitere Zulassungen in diesem räumlichen Bereich sind möglich, wenn sie einer besseren Versorgung dienen.

- *KV-Ärzte unterstützen Versorgung in strukturschwachen Gebieten*

Zur Sicherstellung der Versorgung z.B. in Pflegeheimen oder Arztstationen in strukturschwachen Gebieten erhalten die Kassenärztlichen Vereinigungen die Möglichkeit, Ärzte anzustellen.

- *Regionalverbund für sektorenübergreifende Versorgungsplanung*

In jedem Bundesland wird ein Regionalverbund „Sektorübergreifende Versorgungsplanung“ als öffentlich-rechtlicher Zweckverband gebildet. Stimmberechtigte Mitglieder sind die Landesministerien, Kassenärztlichen Vereinigungen, Landesärztekammern und Landeskrankenhausesgesellschaften. Die Krankenkassen haben beratende Funktion. Auch Patientenvertreter werden in die Versorgungsplanung einbezogen. Der Verbund koordiniert die Sicherstellungsverantwortung der Kassenärztlichen Vereinigungen für den ambulanten Bereich und die Sicherstellungsverantwortung der Länder für den stationären Bereich sektorenübergreifend. Er stimmt außerdem vorrangige regionale und örtliche Versorgungsnotwendigkeiten ab.

- *KVen vermitteln Ärzte zur konsiliar- und honorarärztlichen Tätigkeit*

Die Kassenärztlichen Vereinigungen vermitteln freiberuflich tätige Vertragsärzte (Konsiliarärzte) oder auch Honorarärzte (keine Vertragsärzte) zur Unterstützung von Krankenhäusern bei der stationären Versorgung. Sie (oder eine von der KV zu gründende Gesellschaft) schließen dazu mit interessierten Krankenhäusern Kooperationsverträge ab.

- *Vor- und nachstationäre Betreuung durch Vertragsärzte*

Die Übernahme ambulanter Versorgungsaufgaben des Krankenhauses im Rahmen der vor- und nachstationären Versorgung sowie bei ambulanten Operationen durch Vertragsärzte wird durch Rahmenverträge geregelt. Vertragspartner sind die KVen (oder eine von der KV zu gründende Gesellschaft) und die Krankenhäuser (oder Landeskrankenhausesgesellschaft).

- *Gründung gemeinsamer MVZ*

Die KVen gründen allein oder gemeinsam mit Krankenhäusern Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Vertragsärzte und Krankenhausärzte übernehmen darin als Brückenfunktionen u. a. die nachstationäre ambulante Versorgung, die Errichtung von Notfallambulanzen in unterversorgten Gebieten sowie die bisherigen Aufgaben der Praxiskliniken. In unterversorgten Gebieten werden Arztstationen eingerichtet, in denen Haus- und Fachärzte tageweise Sprechstunden anbieten. Solche Einrichtungen werden von den Gemeinden mitfinanziert.

Umsetzung: Die Zusammenarbeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern regeln die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und der GKV-Spitzenverband Bund (SpiBu) mit Verbindlichkeit für die KVen. Im Bundesmantelvertrag vereinbaren KBV und SpiBu einen Entwicklungsplan für die Einrichtung von Notfallambulanzen und Arztstationen unter Einbeziehung von Pflegepersonal in unterversorgten Gebieten. Im Hinblick auf die Sicherstellungsverantwortung der Länder für die stationäre Versorgung soll ein Verfahren zur Einbindung der Länder in die Versorgungsplanung bei Unterversorgung geprüft werden.

2. Fairer Wettbewerb in der vertragsärztlichen Versorgung

„Alle Kassen und privat“ – die Aufschrift auf den Praxisschildern der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten ist für Kassenpatienten selbstverständlich. Ob sie bei der AOK, der Barmer oder der Bahn-BKK versichert sind – überall in Deutschland können sie mit ihrer Krankenversichertenkarte den Arzt oder Psychotherapeut ihrer Wahl aufsuchen. Dieses Privileg ist akut gefährdet. Mit jedem Selektivvertrag, der Geld aus der kollektivvertraglich geregelten Grundversorgung abzieht (Bereinigung der Gesamtvergütung), zerfällt das über Deutschland gespannte Versorgungsnetz in viele kleine Versorgungsinseln. Ein unfairer Wettbewerb zwischen niedergelassenen Ärzten und großen Klinikketten gefährdet zusätzlich die wohnortnahe Patientenbehandlung. Wir brauchen einen Wettbewerb, der das Gesundheitssystem stärkt und nicht schwächt.

Vorschläge: Wettbewerb Selektivvertrag - Kollektivvertrag

- *Kollektivvertrag bleibt kassenartenübergreifend erhalten*

Damit jeder Mensch die medizinische Versorgung bekommt, die er braucht und zwar unabhängig von seinem Alter, seiner materiellen Situation und seiner Kassenzugehörigkeit, wird die ambulante Versorgung für alle Kassen kollektivvertraglich geregelt. Sie umfasst die wohnortnahe haus- und fachärztliche Behandlung. Das System der Gesamtverträge mit Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Kassenärztlichen Vereinigungen (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 aus diesen Verträgen fließen langfristig in die kollektive Versorgung ein und kommen somit allen Patienten zugute.

- *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 73c SGB V werden als Ergänzung der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung geschlossen („Add-On“). Hierbei sind die KVen nicht originäre Vertragspartner. Sie können sich allerdings um die Vertragspartnerschaft bewerben oder zur Durchführung und Abwicklung der Verträge beauftragt werden. Da es sich um zusätzliche Leistungen handelt, die im Rahmen dieser Verträge erbracht und vergütet werden (z.B. Lotsenfunktion bei Hausarztverträgen), werden die Gesamtvergütungen nicht bereinigt. Außerdem ist sicherzustellen, dass auch in Selektivverträgen die in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Qualitätsanforderungen als Mindestvoraussetzungen einzuhalten sind.

- *IV-Verträge auch mit KVen*

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhalten wieder die Möglichkeit, am Wettbewerb um Verträge zur integrierten Versorgung teilzunehmen. Eine Bereinigung der Gesamtvergütung durch Vergütungsanteile aus IV-Verträgen ist nicht vorzusehen. Auch bei diesen Verträgen müssen die für die vertragsärztliche Versorgung beschlossenen Maßnahmen zur Qualitätssicherung als Mindestanforderungen gelten. Dies ist bisher nicht der Fall.

- *KBV verhandelt Verträge mit bundesweit agierenden Krankenkassen*

Die KBV erhält die Möglichkeit, Gesamtverträge und Gesamtvergütungen mit bundesweit agierenden Krankenkassen zu verhandeln. Diese Verträge können kassenartenübergreifend, kassenartenunterschiedlich sowie kassenspezifisch sein. Die Vergütungsvorgabe in diesen Verträgen erfolgt bundesweit mit ergänzenden Regeln für die Berücksichtigung regionaler Besonderheiten.

Vorschläge: Wettbewerb Vertragsärzte - Kliniken

- *Konkretisierung der speziellen ambulanten Versorgung in Krankenhäusern*

Die Krankenhäuser erbringen weiterhin hoch spezialisierte Leistungen im Rahmen des § 116b SGB V, einschränkende Präzisierungen werden gesetzlich verankert. Insbesondere wird klargestellt, dass der Katalog der hoch spezialisierten Leistungen und der seltenen Erkrankungen bzw. Erkrankungen mit besonderen Verläufen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss zu konkretisieren ist.

- *Einheitlicher Versorgungsbereich an der ambulant-stationären Schnittstelle*

Die Schnittstelle an der ambulant-stationären Versorgung wird in der Weise ausgestaltet, dass Qualitätsmaßgaben, innovative Verfahren sowie die Vergütung für die Patientenversorgung einheitlich gefasst werden. Hierzu wird ein für Vertragsärzte und Krankenhäuser einheitlicher Versorgungsbereich und Leistungskatalog gebildet für die „spezialisierte ambulante, teil- und kurzstationäre fachärztliche Versorgung“ (§ 115b SGB V neu).

- *Förderung sektorenübergreifender Zusammenarbeit*

Die Erbringung prä- und poststationärer Leistungen in der ambulanten Praxis nach § 115a SGB V wird gesetzlich verankert. Geregelt wird ferner, dass belegärztliche Leistungen nach § 106a SGB V wie stationäre Leistungen im Rahmen der DRG's vergütet werden. Die KBV schließt Verträge über Praxiskliniken (§ 122 SGB V) mit dem repräsentativen Dachverband.

3. Förderung des Nachwuchs

In den nächsten Jahren werden bundesweit zehntausende Vertragsärzte in den Ruhestand gehen. Um die vielen freiwerdenden Arztstellen zu besetzen, brauchen wir eine gezielte Nachwuchsförderung. Dies betrifft auch die Weiterbildung zum Facharzt – eine entscheidende Voraussetzung für eine Zulassung als Vertragsarzt. Die Weiterbildung zum Facharzt erfolgt bislang vorrangig in den Krankenhäusern.

Vorschläge

- 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

Die Freiberuflichkeit in Medizinischen Versorgungszentren muss erhalten bleiben. Kapitalinteressen dürfen ärztliches Handeln nicht beeinflussen.

Vorschläge

- 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. Eine Ausnahme sollte für Krankenhausträger gelten, da auch diesen der dauerhafte und überwiegende Zweck der medizinischen Versorgung eigen ist.
- Mit der Unterstellung des MVZ unter das Berufsrecht der Ärzte bzw. der Bindung an den Zweck der medizinischen Versorgung soll der Gefahr vorgebeugt werden, dass Private-Equity-Unternehmen Kapitalanteile an MVZ-Trägergesellschaften erwerben können, um aus kurzfristigen Gewinninteressen im Gesundheitsmarkt finanzielle Erlöse zu erzielen, ohne Interesse an der dauerhaften Versorgung zu haben.
- Eine Übergangsregelung für bereits zugelassene MVZ ist vorzusehen.

II. Neuausrichtung des KV-Systems: Konzentration und Effizienz auf Bundesebene – Kohäsion und Mitgliedernähe in der Region

Durch die jüngsten Gesundheitsreformen hat die Politik entscheidend die Finanzierungs- und Steuerungsverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen und auf Bundesebene zentralisiert. Für diese Entwicklung stehen insbesondere der Gesundheitsfonds mit seinen Rahmenbedingungen, die zentrale Mittelzuweisung über den Risikostrukturausgleich, der GKV-Spitzenverband Bund, die durch die Insolvenzfähigkeit bedingte Fusionswelle der Krankenkassen sowie die erweiterten zentralistischen Kompetenzen des Gemeinsamen Bundesausschusses.

Diese Entwicklung erfordert zwingend eine vergleichbar stärkere Konzentration bestimmter Aufgaben der vertragsärztlichen Selbstverwaltung auf Bundesebene. Verbunden wäre dies mit einem erheblich reduzierten Abstimmungsbedarf bei wesentlich stärker gestrafften Entscheidungsstrukturen. Die regionale Ebene wird dadurch aufgewertet, dass sie auf der Basis der Rahmenvorgaben regionalspezifische Vereinbarungen treffen kann, die über die bisherigen Möglichkeiten hinausgehen.

1. Erweiterung des Aufgabenbereichs der KBV

Vorschläge

▪ *Erweiterung der Richtlinienkompetenz*

Die Richtlinienkompetenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung wird erweitert für die Vereinbarung und Durchführung der im Rahmen ihrer Zuständigkeit geschlossenen Verträge – Bundesmantelverträge (BMV), Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM). Dies betrifft insbesondere die Aufstellung von:

- Richtlinien zur Durchführung des EBM sowie sonstige Regelungen des Bewertungsausschusses
- Durchführungsrichtlinien für Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses, soweit sie den vertragsärztlichen Bereich betreffen
- Richtlinien über Qualitätssicherungsverfahren in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung
- Richtlinien zur Konkretisierung des Gebotes der persönlichen Leistungserbringung und der Delegation von ärztlichen Leistungen auf mitwirkende Angehörige von Gesundheitsfachberufen

Die Einschränkung der Richtlinienkompetenz der KBV im Hinblick auf Vereinbarungen im Bundesmantelvertrag im § 75 Abs. 7 SGB V ist zu streichen.

▪ *Übernahme von Grundsatz- und Schwerpunktaufgaben*

Der KBV wird ermöglicht, in ihrer Satzung Grundsatz- und Querschnittsaufgaben im Bereich der Service- und Beratungsaufgaben für die Mitglieder der KVen sowie in der Informationstechnologie durch verbindliche Rahmenvorgaben zu übernehmen.

2. Mehr regionaler Spielraum für die KVen

Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) erhalten mehr Möglichkeiten, regionale Besonderheiten zu berücksichtigen.

Vorschläge

- *Regionalität im Vergütungsbereich*
 - Die morbiditätsorientierte Gesamtvergütung wird auf der Basis von Rahmenvorgaben der Bundesebene unter ergänzender Einbeziehung regionaler Aspekte regional vereinbart.
 - Die Honorarverteilung (Regelleistungsvolumen) wird wieder in die ausschließliche Verantwortung der KVen überführt und von diesen eigenverantwortlich unter Nutzung erweiterter Ermessensspielräume durchgeführt.
 - Das Instrument des Orientierungswertes mit der Möglichkeit von Zu- und Abschlägen hat sich als nicht zielführend erwiesen. Stattdessen wird den KVen die Möglichkeit zur Vereinbarung von regionalen Zuschlägen oder zusätzlicher Gebührenordnungspositionen für besondere förderungswürdige Leistungen eingeräumt. Dies gilt auch für die Vereinbarung von leistungsunabhängigen Förderbeiträgen, um etwaiger Unterversorgung auf Landesebene wirksam begegnen zu können.
 - Alternativ könnte den regionalen Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur über eine Regulierung der Leistungsmenge vor Ort Rechnung getragen werden, um eine Vervielfachung der EBM-Leistungsbewertungen zu vermeiden.
 - Die KVen erhalten erweiterte Möglichkeiten, durch qualitätsorientierte Vergütungszuschläge Qualitätssicherung effizienter zu gestalten.

- *Regionalität bei Grundsatz- und Querschnittsaufgaben*

Service- und Beratungsaufgaben im Hinblick auf Grundsatz- und Querschnittsangelegenheiten werden von den KVen auf der Grundlage von Rahmenvorgaben der KBV mit eigenem Ermessungsspielraum unter Berücksichtigung regionalspezifischer Besonderheiten durchgeführt.

3. Mehr Eigenständigkeit für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungsbereich unter dem Dach der KVen

Vorschläge

- Durch eine Reorganisation der Kassenärztlichen Vereinigungen wird dem hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich eine größere Eigenständigkeit in den Organen der Kassenärztlichen Vereinigungen eingeräumt. Die Gemeinsamkeit der Sicherstellung und Gewährleistung der ambulanten medizinischen Versorgung soll beibehalten werden.

- Die Vorstände der KVen bestehen zukünftig aus drei Vorstandsmitgliedern. Neben dem Vertreter des jeweils hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs soll ein drittes Vorstandsmitglied als „Sprecher“ dem Vorstand angehören, der keinem der beiden Versorgungsbereiche zugeordnet ist.
- Zur Vorbereitung der Meinungsbildung und der Positionierung der Kandidaten für Vorstandspositionen ist die derzeitige Amtsperiode der Vorstandsmitglieder einmalig um ein Jahr zu verlängern (Übergangsregelung) und zwar bis 31. Dezember 2011.
- Um eine flächendeckende Versorgung auf Basis von Kollektivverträgen weiterhin sicherzustellen, muss die Trennung der Vergütung in einen haus- und einen fachärztlichen Versorgungsbereich beibehalten werden. Dies bedarf einer gesetzlichen Regelung.

4. Effiziente Qualitätssicherung durch verbesserte Datengrundlagen

Vorschläge

- Zur effizienten Durchführung von Qualitätssicherungsregeln und Qualitätsvereinbarungen müssen die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) personenbezogene Daten sektorspezifisch erhalten, verarbeiten und auswerten können. Dies muss gesetzlich verankert werden.
- Für die generelle Umsetzung der hierdurch notwendigen Maßnahmen ist die Interoperabilität und Kompatibilität der von den Vertragsärzten eingerichteten Praxisverwaltungssysteme erforderlich. Die entsprechenden Vorgaben werden verbindlich von der KBV erstellt.

5. „Holding-Struktur“ unter optionaler Beteiligung der KBV

Schon bisher ist den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Bildung von Arbeitsgemeinschaften gestattet (Beispiel „Kompetenzzentren“). Zur Erweiterung der damit verbundenen Möglichkeiten soll die Bildung öffentlich-rechtlicher Zweckverbände ermöglicht werden, denen bestimmte Aufgaben übertragen werden können, die nach gemeinsam geregelten Grundsätzen ausgeführt werden und insoweit Verbindlichkeit gegenüber den Beteiligten im Zweckverband entfalten („Holding-Struktur“). Bei diesen Aufgaben kann es sich um genuine Verwaltungsaufgaben der KVen als auch um Serviceleistungen handeln.

Vorschläge

- Die Kassenärztlichen Vereinigungen bilden zur Erfüllung bestimmter Aufgaben öffentlich-rechtliche Zweckverbände.
- Die KBV erhält ebenfalls die Option, als Beteiligte entsprechende Aufgaben der KVen als Gemeinschaftsaufgabe zu übernehmen und auszuführen.

III. Die Vergütungsordnung ist zu vereinfachen zugunsten von Transparenz und Einheitlichkeit sowie stärkerer Berücksichtigung regionaler Besonderheiten

Die Regierungskoalition strebt grundlegende Veränderungen bei der Honorarverteilung an. Ziel ist ein einfaches, verständliches Vergütungssystem. Die Leistungen sollen adäquat abgebildet werden und regionale Besonderheiten Berücksichtigung finden. Gleichzeitig sollen Wege gefunden werden, wie über die Vergütung die wohnortnahe haus- und fachärztliche Versorgung sichergestellt werden kann.

Vorschläge für ein einfaches Vergütungsmodell

Die ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen werden im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) als Einzelleistungen beschrieben. Die hinter den Leistungen stehenden Euro-Beträge geben an, wie viel der Arzt für seine Arbeit (Arztlohn) erhält. Betriebs- und Praxiskosten werden in separaten Pauschalen ausgewiesen, ebenso Qualitätszuschläge. Dies garantiert mehr Transparenz. Die Honorarverteilung und Leistungssteuerung werden stark vereinfacht.

- *Vier Leistungskomponenten, die das Arzthonorar bestimmen:*
 - Strukturpauschale für fixe Kosten
 - Aufwandspauschale für variable Kosten
 - Arztlohn
 - Qualitätszuschläge

Strukturpauschale: Jeder Arzt erhält eine fallbezogene Strukturpauschale, die die fixen Durchschnittskosten einer Praxis abbildet. Die Pauschale ist arztgruppenspezifisch und nach dem Grad der fachärztlichen Spezialisierung differenziert. Die Zahlung ist auf eine bestimmte Fallzahl begrenzt. Für alle weiteren Behandlungsfälle erhält die Praxis keine Strukturpauschale.

Aufwandspauschale: Zusätzlich gibt es eine fallbezogene Aufwandspauschale. Diese deckt die variablen Kosten und den pauschaliert abbildbaren Praxisbedarf ab. Die Pauschale ist ebenfalls arztgruppenspezifisch und nach dem Grad der fachärztlichen Spezialisierung differenziert. Die Pauschale wird pro Fall gezahlt. Es erfolgt keine Abstufung.

Arztlohn: Den dritten Baustein bildet der Arztlohn. Dazu werden die ärztlichen Leistungen im Sinne einer klassischen Einzelleistung im EBM beschrieben. Diese enthalten nur

noch eine Bewertung des Arztlohnes (nicht mehr der Kosten) und eine Zeitangabe. Der Arzt bekommt bis zu einer bestimmten Grenze jede Leistung zu einem festen Preis vergütet. Steuerungselement ist ein fallzahlabhängiges Zeitkontingent.

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

- *Leistungsbewertung erfolgt in Euro*

Die Leistungsbewertung erfolgt in Euro, getrennt nach Kosten und Arztlohn. Die Kosten sind in den Struktur- und Aufwandspauschalen enthalten, der Arztlohn in den Einzelleistungen.

- *Keine weiteren Abrechnungsbestimmungen*

Es gibt darüber hinaus keine weiteren Abrechnungsbestimmungen. Soweit weitere Abrechnungsbestimmungen notwendig werden, müssen diese regional im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung implementiert werden.

- *Steuerung der Leistungsmenge*

Die gemeinsame Selbstverwaltung legt jährlich ein Orientierungsvolumen fest. Dabei werden die Zahl der Versicherten und deren Morbiditätsstruktur berücksichtigt. Außerdem fließen die Steigerung der Betriebs- und Investitionskosten, Verlagerungseffekte sowie die Hebung von Wirtschaftlichkeitsreserven in die Berechnung ein.

Übersteigt die von den Vertragsärzten bundesweit 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 Ausgestaltung insbesondere in unterversorgten Regionen wird innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ein Strukturfonds gebildet, den die Kassenärztlichen Vereinigungen 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

Damit jeder Patient die Medikamente bekommt, die er benötigt, ist eine Neuausrichtung der Arzneimittelversorgung notwendig. Die Verantwortungsbereiche zwischen Ärzten, Apotheken, Krankenkassen und Pharmaherstellern sind neu zu regeln. Ziel ist eine wirtschaftliche Arzneimittelversorgung bei gleichbleibend hoher Versorgungsqualität. Dies gilt auch für die Heilmittelversorgung. Auch in diesem Bereich sind grundlegende Veränderungen erforderlich.

Vorschläge: Arzneimittel

▪ *Bundesweiter einheitlicher Medikationskatalog*

Die Versorgung mit Arzneimitteln wird über einen bundesweit einheitlichen Medikationskatalog für die Grundversorgung geregelt. Damit wird eine wirksame, effiziente, dem medizinischen Stand der Erkenntnisse angepasste sowie gleichermaßen sichere Versorgung der Patienten gewährleistet. Der Medikationskatalog wird im Auftrag der KBV durch ein klinisch pharmakologisches Institut erstellt. Dieses wird durch einen Fachausschuss aus Hausärzten und Fachärzten beraten.

▪ *Steuerung des Medikationskatalogs auf Landesebene*

Die Umsetzung des Medikationskataloges wird auf Landesebene sichergestellt. Gegenstand der regionalen Arzneimittelvereinbarungen sind damit künftig Maßnahmen zur Umsetzung des Medikationskataloges. Dazu gehören Information und Beratung der Vertragsärzte sowie die Steuerung des Ordnungsverhaltens über einen Zielkorridor. Der Medikationskatalog stellt damit eine Weiterentwicklung des Konzeptes der Gruppen mit Leitsubstanzen dar. In den Rahmenvorgaben auf Bundesebene werden wie bisher Empfehlungen für die Inhalte der regionalen Arzneimittelvereinbarungen gegeben.

▪ *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 jedoch nicht mehr. Sie geht auf die Krankenkassen und Arzneimittelhersteller über. Dementsprechend sind Vereinbarungen von regionalen Arzneimittelausgabenvolumen sowie Richtgrößen zukünftig nicht mehr sinnvoll und erforderlich. An diese Stelle können unter Zugrundelegung von leitliniengerechter Versorgung morbiditätsorientierte Verordnungsvolumen treten.

▪ *Maßstab für die Wirtschaftlichkeit: Erreichung einer indikationsgerechten Arzneimittelverordnung*

Die Wirtschaftlichkeit der Verordnung 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.

Vorschläge: Heilmittel

▪ *Verantwortung des Arztes: Indikation und Umfang
Verantwortung der Krankenkassen: Preis und Kosten*

Der Vertragsarzt ist zukünftig nur noch für die indikationsgerechte Auswahl des Heilmittels sowie für die Festlegung des Umfangs der Heilmittelversorgung - also für

Dauer und Frequenz der Behandlungseinheiten - verantwortlich. Eine Preis- und Kostenverantwortung besteht nicht mehr. Verordnungen von Heilmitteln außerhalb des Regelfalls, die der Genehmigung der Krankenkasse bedürfen, liegen vollständig im Verantwortungsbereich der Krankenkassen.

- *Maßstab für Wirtschaftlichkeit: Einhaltung der Heilmittel-Richtlinien*

Zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit wird künftig kontrolliert, ob der Arzt die Heilmittel-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingehalten hat. Diese bilden die Grundlage für die Verordnung von Heilmitteln. Die bisherigen Richtgrößprüfungen können damit auch im Heilmittelbereich entfallen.

V. Einrichtung eines Innovationsfonds zur nachhaltigen Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung

Die Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung auf Bundes- wie auf Landesebene bedarf der kontinuierlichen zielgerichteten Erprobung von Versorgungsinnovationen.

Vorschläge

Es wird ein Innovationsfonds eingerichtet, der die kontinuierliche zielgerichtete Erprobung von Versorgungsinnovationen auf Bundes- und Landesebene fördert und finanziert. Hierunter fallen neben sektorenübergreifenden Ansätzen auch Programme beispielsweise zur hausarztzentrierten und der besonderen fachärztlichen Versorgung.

- *Strukturierter Erkenntnisgewinn über Versorgungsinnovationen*

Mit der Neuregelung wird der Differenzierungsmöglichkeit der Krankenkassen, den besonderen Anforderungen regionaler Versorgungsgestaltung und dem Weiterentwicklungsgedanken der gesetzlichen Krankenversicherung Rechnung getragen. Die Erprobung solcher Modelle mit Versichertengeldern bedarf der Einhaltung von Grundvoraussetzungen wie der Freiwilligkeit der Teilnahme und der verpflichtenden Evaluation.

- *Finanzierung und Durchführung von Evaluationen*

Zur Finanzierung der Erprobungsmodelle werden zwei Prozent der Vergütungen aller beteiligten Sektoren im Vorwegabzug zur Verfügung gestellt. Durchführende Stelle kann beispielsweise das Bundesversicherungsamt oder bei Verwendung ausschließlich in einem Bundesland die Landesaufsicht sein. Der Zeithorizont einzelner Vorhaben beträgt bis zu fünf Jahren. Die Evaluationsergebnisse sind zu veröffentlichen und die Überführung des erprobten Versorgungsansatzes in den Kollektivvertrag zu prüfen.