



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Betrifft: (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung - Ärztliche Leistung muss Basis der vertragsärztlichen Vergütung sein

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Herrn Dr. Reinhardt, Herrn Dr. Lutz, Herrn Dr. Fitzner, Herrn Dr. Lücke, Frau Haus und Herrn Dr. Lipp (Drucksache VI - 37) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber auf, die in § 87 Abs. 2b SGB V festgeschriebene Pauschalierung bei der Vergütung ambulanter vertragsärztlicher Leistungen zurückzunehmen und die gesetzlichen Voraussetzungen für die (Wieder-)Einführung der Einzelleistungsvergütung zu schaffen. Grundlage der vertragsärztlichen Vergütung dürfen nicht Verteilungsschlüssel wie Morbidität oder Alterstruktur einer Region, sondern muss die erbrachte Leistung des Arztes sein.

Als Abrechnungs- und Vergütungsmodell ist dabei das Kostenerstattungsprinzip vorzuziehen. In Modellprojekten kann die Kostenerstattung auf Wirksamkeit, Akzeptanz und Zukunftsfähigkeit erprobt werden. Die Krankenkassen sind hierbei gefordert, die bereits bestehenden, vom Gesetzgeber zugestandenen Freiheiten bei der Durchführung von Modellprojekten vorurteilsfrei zu nutzen. Die zuständigen Aufsichtsbehörden der Länder sollten diese Projekte wohlwollend und aktiv unterstützen.

In diesem Zusammenhang fordert der Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber erneut dazu auf, die bestehenden Benachteiligungen für gesetzlich Krankenversicherte bei der Wahl der Kostenerstattung zu beseitigen und eine Gleichberechtigung von Kostenerstattung und Sachleistungsprinzip in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) herbeizuführen.

Begründung:

Der Deutsche Ärztetag ist der Überzeugung, dass die Einzelleistungsvergütung sowohl im medizinischen und im betriebswirtschaftlichen Kontext als auch mit Blick auf Leistungssteuerung und -kontrolle das optimale Vergütungsmodell darstellt. Dies schließt grundsätzliche Vereinfachungen/Zusammenfassungen und damit die begrenzte Bildung von medizinisch sinnvollen respektive notwendigen Leistungskomplexen nicht aus. Pauschalen verschleiern den tatsächlichen Leistungsbedarf und die sich daraus ergebende Planung ebenso wie eine unbedingt erforderliche Transparenz bei der Behandlung und deren Nachvollziehbarkeit, auch durch den Patienten. Insbesondere die

Angenommen: Abgelehnt: Vorstandsüberweisung: Entfallen: Zurückgezogen: Nichtbefassung:

Stimmen Ja: 0

Stimmen Nein: 0

Enthaltungen: 0



in den vergangenen Jahren verstärkt eingeführte fallzahlorientierte Honorierung führt zur einer medizinisch weder angestrebten noch erklärbaren Arbeitsverdichtung und damit zwangsläufig zu einem von keiner Seite gewollten Qualitätsverlust und zu nicht notwendigen Wartezeiten.

Das derzeit in der gesetzlichen Krankenversicherung dominierende Sachleistungsprinzip verhindert Kostenbewusstsein, Transparenz und eine sachgerechte Vergütung. Regionale und/oder auf einzelne Krankenkassen beschränkte Modellprojekte können einen wesentlichen Beitrag für mehr Akzeptanz leisten und einen Nachweis über die Vorteile des Kostenerstattungsprinzips erbringen.

Die in § 13 Abs. 2 SGB V festgelegten Bestimmungen halten gesetzlich Krankenversicherte in starkem Maße von der Wahl der Kostenerstattung ab. So darf die betreffende Krankenkasse nur die Kosten erstatten, die bei einer Abrechnung nach Einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) entstanden wären. Gleichzeitig ist der Arzt verpflichtet, nach Amtlicher Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) abzurechnen. Die Differenz trägt der Versicherte. Zudem werden Verwaltungskosten und zu leistende Zuzahlungen vom Erstattungsbetrag abgezogen. Diese Benachteiligungen widersprechen, wenn auch durch das GKV-Finanzierungsgesetz verringert, den im Koalitionsvertrag für die 17. Legislaturperiode des Deutschen Bundestags verankerten Zielen, Anreize für kosten- und gesundheitsbewusstes Verhalten zu schaffen und die Wahl der Kostenerstattung nicht mit zusätzlichen Kosten zu „bestrafen“.