

Das vertragsärztliche Vergütungssystem unter Veränderungsdruck

Symposium am 27.04.2023

***„Reform der ambulanten ärztlichen Vergütung –
Empfehlungen der
Wissenschaftlichen Kommission für ein modernes Vergütungssystem – KOMV***

Übersicht:

I. Vorüberlegungen

II. Vorschlag der Kommission

III. - Gemeinsame Ebene

IV. - Getrennte Ebene

I. Vorüberlegungen

Vorteile einer Harmonisierung:

1. keine Doppelstrukturen bei der anspruchsvollen, aufwändigen Aufgabe, eine Gebührenordnung weiterzuentwickeln
=> Effizienzgewinne durch Synergieeffekte
 2. bessere Leistungsbewertung durch Zusammenführung von Wissen und Daten
=> leistungsgerechtere Bewertung macht ärztliche Überlegungen, ob eine Leistung finanziell besonders (un)attraktiv ist weniger wahrscheinlich
 3. höhere Transparenz des Leistungsgeschehens, auch für Versorgungsforschung
 4. Verwaltungsaufwand bei ärztlicher Abrechnung sinkt
 5. auf weitere Vergütungsbereiche (z.B. in der Unfallsversicherung) erstreckbar
 6. Friktionen werden vermieden
- zB in Basis-, Standard- oder Notagentarif in der PKV oder die Kostenerstattung in der GKV nach § 13 Abs. 2 SGB V, die durch Abrechnung nach GOÄ, aber Erstattung nach GKV-Regeln entstehen

Nachteile einer Harmonisierung

kurz- und mittelfristig erheblicher Umstellungsaufwand in materieller und institutioneller Hinsicht

UND: Harmonisierung

1. löst nicht alle Probleme, zB nicht

- Wartezeiten (da multifaktoriell),
- Fehlallokation von Leistungserbringer/innen

2. könnte zu unerwünschten Begleiterscheinungen führen, zB

- Sekundärmarkt (auf dem man sich einen schnellen Termin erkaufen kann)
- Gewinner und Verlierer (bzgl. einzelner Arztgruppen und bestimmter Regionen)

Gegen eine vollständige Harmonisierung spricht insbes. die in der GKV unvermeidliche Budgetierung, die sich in der PKV kaum umsetzen ließe

II. Vorschlag der Kommission

1. gemeinsame Ebene:

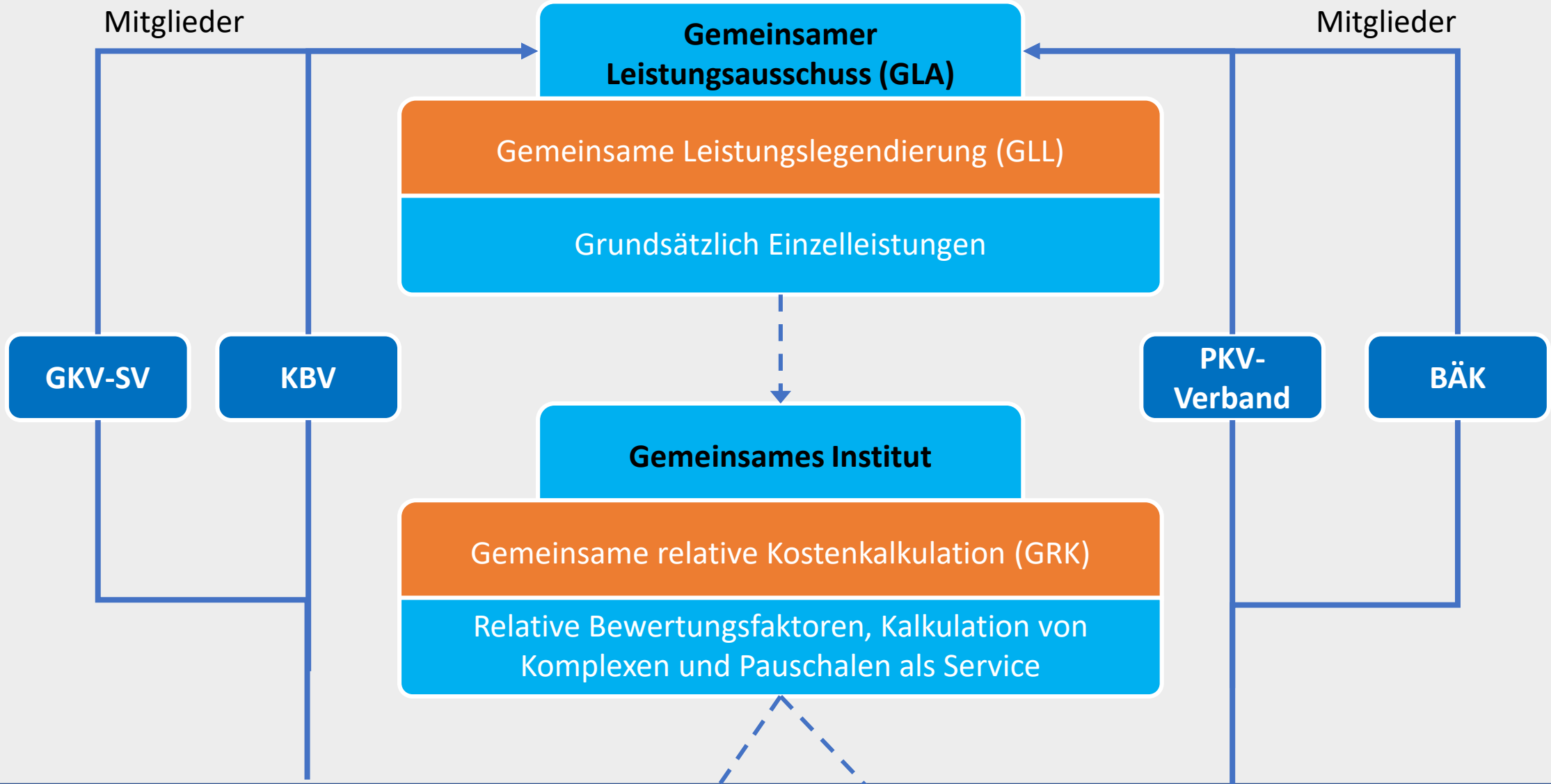
Harmonisierung bei Leistungslegendierung und relative Kostenkalkulation

2. getrennte Ebene:

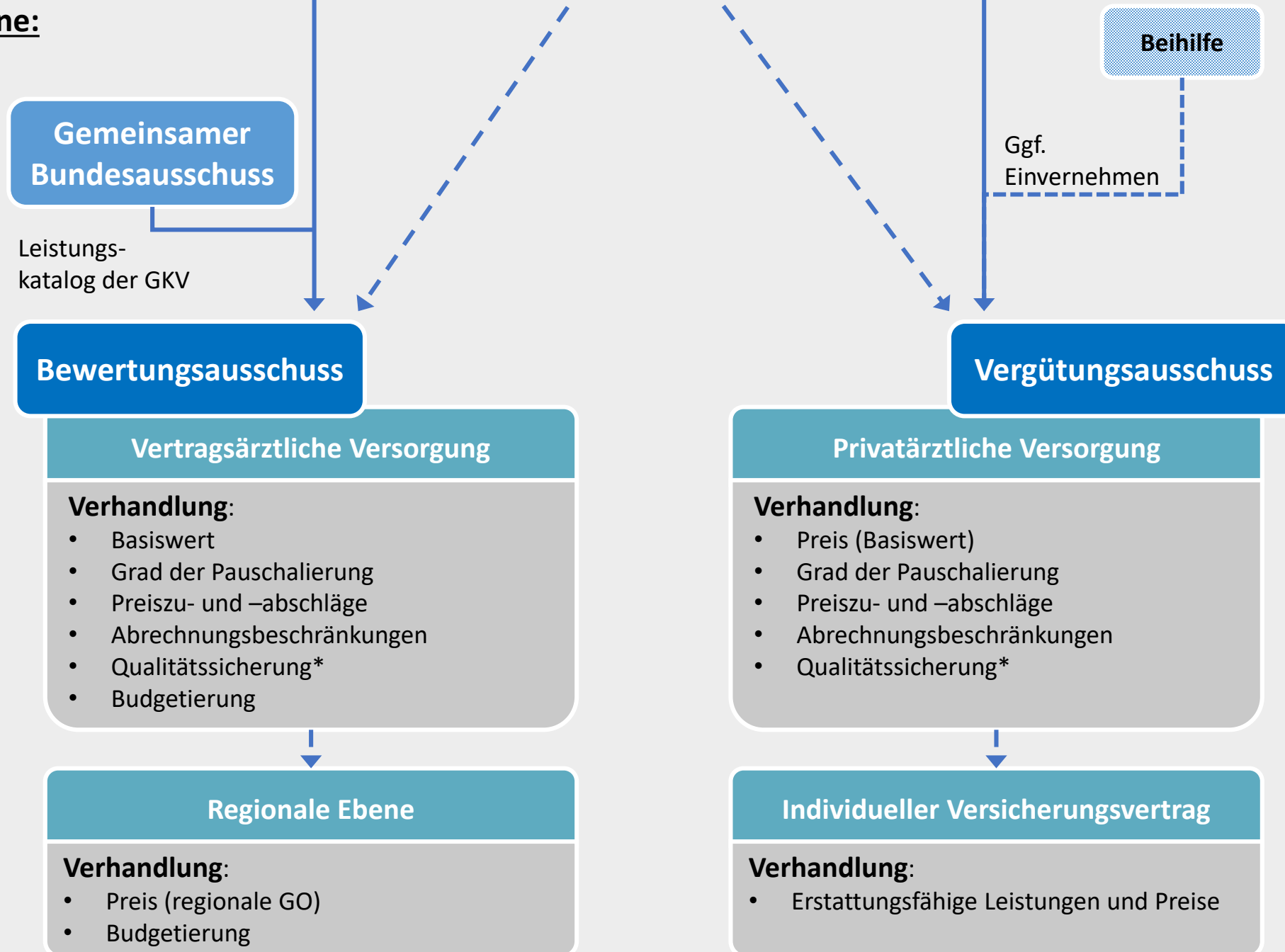
Preisgestaltung (incl. Abrechnungsbeschränkungen und weitergehender QS)

Gemeinsame Ebene:

Gemeinsame Rechtsaufsicht
Bundesministerium für
Gesundheit



Getrennte Ebene:



GLL umfasst gesamtes Leistungsspektrum ärztlicher Behandlung

1. unabhängig von nachgelagerten Fragen wie Finanzierung bzw. Kostenerstattung
2. idR Einzelleistungen (*Zusammenfassung zu Leistungskomplexen/Pauschalen als Serviceleistung für getrennte Ebene schon hier möglich*)
3. primäre Aufgabe des GLA, Leistungsspektrum auf ärztliche Leistungen zu begrenzen, d.h.
 - noch ohne evidenzbasierte Anforderungen für medizinischen Nutzen
 - regelmäßig Anpassung/Ergänzung, um aktuellen medizinisch-technischen Stand zu sichern
4. Antragsrecht für neue Leistungen bei
 - Trägerorganisationen des GLA und deren Mitgliedern
 - Beihilfe- und Patientenvertretungen
 - medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften
 - ggf. sogar einzelne Ärztinnen und Ärzten
5. zur Verfahrensbeschleunigung:
 - gesetzliche Entscheidungsfristen – idealerweise max. 6 Monate ab Antragsstellung
 - danach gilt neue Leistung als aufgenommen (sachgerecht, da Aufnahme in GLL noch keine Entscheidung über die Kostenerstattung/Leistungsübernahme in den Versicherungssystemen umfasst)

Dürfen (noch) nicht in die GLL aufgenommene Leistungen nicht erbracht werden ?

JA (wg ärztlicher Berufsausübungsfreiheit und wg Innovation),

ABER nur (wg Patientenschutz und ärztlicher Qualitätssicherung)

a. mit vorheriger schriftlicher Vereinbarung zw Arzt und Patient über Inhalt und Preis

b. wenn Aufnahme in GLL beantragt wurde (andernfalls kein ausreichender Anreiz für solchen Antrag)

Abrechnung dieser Leistungen:

- entsprechend bisherigem § 6 Abs. 2 GOÄ
- auch, wenn Antrag auf Aufnahme in GLL abgelehnt wurde

Patienten sind aus Gründen der Transparenz in schriftlicher Vereinbarung aufzuklären, ob der Antrag noch in Bearbeitung ist oder abgelehnt wurde.

Gemeinsame Relative Kostenkalkulation (GRK)

methodisch:

- umfangreiche Datenerhebungen zB anhand repräsentativen fixen („balanced“) Panels ambulanter Praxen, welche ihre Abrechnungs- und Kostenstrukturdaten übermitteln
- PKV muss gesetzlich verpflichtet werden, die erforderlichen Daten zur Verfügung zu stellen.
- normative Festlegungen, zB Höhe eines angemessenen Arztlohnes, durch GLA oder Gesetzgeber erforderlich
- arztgruppenspezifischen Kostenunterschiede sind hier zu berücksichtigen, regional unterschiedliche Kostenstrukturen erst auf der Preisebene
- hohe Aktualisierungsfrequenz – idealerweise jährlich
- Frist für die Kalkulation neu aufgenommener Leistungen
- Konfliktlösung durch Schiedseinrichtung oder Ersatzvornahme seitens BMG

Getrennte Ebene:

**Gemeinsamer
Bundesausschuss**

Leistungs-
katalog der GKV

Bewertungsausschuss

Vertragsärztliche Versorgung

Verhandlung:

- Basiswert
- Grad der Pauschalierung
- Preiszu- und -abschläge
- Abrechnungsbeschränkungen
- Qualitätssicherung*
- Budgetierung

Regionale Ebene

Verhandlung:

- Preis (regionale GO)
- Budgetierung

Beihilfe

Ggf.
Einvernehmen

Vergütungsausschuss

Privatärztliche Versorgung

Verhandlung:

- Preis (Basiswert)
- Grad der Pauschalierung
- Preiszu- und -abschläge
- Abrechnungsbeschränkungen
- Qualitätssicherung*

Individueller Versicherungsvertrag

Verhandlung:

- Erstattungsfähige Leistungen und Preise

Getrennte Ebene

separate Verhandlungen in vertrags- und privatärztlicher Versorgung über

- Preise
- Grad der Pauschalierung
- weitere Anreize

jeweils auf Grundlage der gemeinsamen relativen Kostenkalkulationen (GRK)

Vertragsärztliche Versorgung

1. GBA: welche Leistungen der GLL sollen in den GKV-Leistungskatalog ? (*wie bisher*)

2. Bewertungsausschuss:

a) Übernahme/Neubildung von Einzelleistungen, Leistungskomplexe und Pauschalen aus der GLL

- mit fakultativer Unterstützung des gemeinsamen Instituts

- incl. mögl. Abrechnungsausschlüsse/-beschränkungen

b) Aushandeln eines Basiswert in € (*vergleichbar mit bisherigem Punktwert*)

=> Umrechnung der relativen Bewertungsfaktoren der GRK in absolute Preise

c) Abweichungen vom Basiswert möglich zB für förderungswürdige Leistungen (ggf gemäß gesetzlicher Vorgaben)

3. iÜ können bisherigen Verhandlungsmechanismen auf Bundes- und regionaler Ebene grds beibehalten werden

=> auf regionaler Ebene weiterhin u.a. Preiszu-/abschläge wg. regionalen Besonderheiten möglich

Privatärztliche Versorgung

Entsprechend bisheriger Struktur zwei Rechtsbeziehungen zu unterscheiden und getrennt zu regeln:

- Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. §§ 630a ff. BGB – Behandlungsvertrag; GOÄ)
- Rechtsbeziehung Patient - Kostenträger (Versicherungsvertrag/-srecht, Beihilfe)

! grds keine Rechtsbeziehungen zwischen den PKV-Unternehmen/Beihilfeträgern und Ärzten

NEU: PKV-Verband und BÄK verhandeln Preise (= Gebühren) für GLL-Leistungen

- auf Grundlage eines (parlaments-)gesetzlich erteilten Verhandlungsmandat, das auch hinreichend bestimmte Anforderungen an zu treffende Vergütungsregelungen formuliert
- ersetzt GOÄ

Exkurs zur GOÄ:

- *deren bisherige Regelungsform - Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates - hat sich nicht bewährt; zu schwerfällig, um medizinische Innovationen zügig und rechtssicher vergütungsrechtlich abzubilden*
- *bereits bei gegenwärtig angestrebter GOÄ-Novellierung soll Verhandlungsergebnis von BÄK und PKV-Verband zugrunde gelegt werden*
- *Bedürfnis für Zustimmung des Bundesrates seit Föderalismusreform 2005/2007 wg Landeskompetenzen für jeweiliges Beihilferecht entfallen*

Verhandlungen zw PKV-Verband und BÄK betreffen (wie im vertragsärztlichen Bereich)

- Basiswert
- Leistungskomplexen/Pauschalen
- Abrechnungsausschlüsse/-beschränkungen

fakultativ:

- Steigerungssätze
- Preiszuschläge für besonders förderungswürdige Leistungen
- niedrigere Preise bei geringer(er) Evidenz für eine Leistung

=> erlaubt stärkeren Bezug zu wissenschaftlichen Nachweisen für Wirksamkeit/Nutzen in privatärztl. Versorgung

=> um zu vermeiden, dass Leistungsbewertungen im Hinblick auf die Patientensicherheit für GKV- und PKV-Bereich divergieren, können PKV-Verband/BÄK verpflichtet werden, Abweichungen von GBA-Entscheidungen zu begründen



Anreize zur Harmonisierung setzen sich also zT auf getrennter Ebene fort !

Verhandlungen zw PKV-Verband und BÄK

weitere Rahmenbedingung:

um die regelmäßige Aktualisierung der GLL und der GRK nicht leerlaufen zu lassen, müssen Verhandlungen zw PKV-Verband/BÄK in denselben zeitlichen Abständen durchgeführt werden

⇒ Konfliktlösungsmechanismus:

- gesetzlich vorgegebenes Schiedsverfahren
- mit eigenem Anrufungsrecht des BMG

Wie wirken sich **Vereinbarungen zw PKV-Verband/BÄK** auf Privatversicherte?

=> gesetzliche Anordnung, dass

a) Mitgliedsunternehmen des PKV-Verbandes insoweit gebunden sind, als sie für im Versicherungsvertrag vereinbarte Leistungen Behandlungskosten dann erstatten, wenn sie entsprechend dem Gebührenverzeichnis berechnet wurden

b) aus Gründen des Verbraucherschutzes abweichende Versicherungsbedingungen besonders kenntlich gemacht und mit Versicherten ausdrücklich vereinbart werden müssen

Was ist mit PKV-Unternehmen, die nicht Mitglieder des PKV-Verbandes sind ?

Variante 1: gesetzlich angeordnete Bindungswirkung nicht notwendig, weil zu erwarten ist, dass Außenseiter sich ebenfalls an dem verhandelten Gebührenverzeichnis orientieren

Variante 2: staatliche Festlegung

- dass jeweiliges Verhandlungsergebnis auch für Außenseiter Bindungswirkung entfaltet
- mit kurzer Frist (zB drei Monate) und beschränkt auf rechtliche Prüfung

Arzt-Patienten-Beziehung

Preis für privatärztliche Leistungen wird – wie bisher – zw. Arzt und Patient vereinbart (§§ 612, 630b BGB)

1. *Möglichkeit (in der Praxis die Ausnahme):* ausdrückliche Preisregelung => keine Änderung zu bisherigem Zustand

2. *Möglichkeit (in der Praxis die Regel):* keine ausdrückliche Preisregelung

◦ Variante 2: Verhandlungsergebnis wird durch staatlichen Akt für verbindlich erklärt

=> Taxe i.S.v. § 612 Abs. 2, 1. Alt. BGB (so schon bisher für GOÄ)

◦ Variante 1: ohne Verbindlichkeitserklärung greift § 612 Abs. 2, 1. Alt. BGB nicht, da Verhandlungsergebnis ≠ Taxe

=> gesetzliche Regelung iRd §§ 630a ff. BGB, dass Verhandlungsergebnis = übliche Vergütung iSv § 612 Abs. 2, 2. Alt. BGB

für beide Varianten: (bisherige) Regelungen der GOÄ zur Wahrung der Vertragsparität und des Verbraucher-/Patientenschutzes sind systematisch überzeugender in das BGB (§§ 630a ff. – Behandlungsvertrag) zu integrieren

für nicht erstattungsfähige Leistungen (z.B. für schulrechtlich erforderliche Bescheinigungen):

=> aus Gründen des Verbraucherschutzes gesonderte hoheitliche Regelung

Qualitätsaspekte

Befund:

- derzeit keine Qualitätsanforderungen für privatärztliche Leistungen
- wer bestimmte Leistungen wg fehlender Qualitätsnachweise vertragsärztlich nicht erbringen darf, darf sie dennoch privatärztlich nach der GOÄ abrechnen

Lösung:

- für Patientenschutz verbindliche, einheitliche (Mindest-)Qualitätsstandards unabdingbar
- Empfehlung, auf gemeinsamer Ebene Mindestqualitätsvoraussetzungen zu definieren, die für Erbringung/Abrechnung in vertragsärztlicher und für Erstattungsfähigkeit durch PKV in privatärztlicher Versorgung verbindlich sind
- Kompetenztitel für Bundesgesetzgeber: Art. 74 Abs. 1 Nr. 11 GG („Recht der Wirtschaft“, wie bisher für GOÄ); iÜ bzgl ärztl. Berufsrecht Länderkompetenz
- „Qualitätskontrolleure“: KV im vertragsärztlichen, Ärztekammer im privatärztlichen Bereich

qualitätsfördernd dürfte auch sein, wenn

- in privatärztlicher Versorgung Patienten vor der Leistungserbringung darüber zu informieren sind, wenn eine Leistung aufgrund nicht erfüllter Qualitätsanforderungen ggf. nicht durch die PKV erstattet wird
- Patienten zu informieren sind, wenn eine Leistung gemäß Qualitätsanforderungen des jeweils anderen Bereichs nicht erbracht werden dürfte

Vielen Dank

für Ihre Aufmerksamkeit !