



Spitzenverband



# **Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung - Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung**

Reformoptionen des GKV-Spitzenverbandes

Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat am 27. November 2013



---

## **Impressum**

Herausgeber:  
GKV-Spitzenverband  
Reinhardtstraße 30  
10117 Berlin

Verantwortlich:  
Dr. Manfred Partsch, Abteilung Ambulante Versorgung  
Stabsbereich Kommunikation

Gestaltung:  
BBGK Berliner Botschaft  
Gesellschaft für Kommunikation mbH

Fotonachweis Titel:  
Medizinfotografie Hamburg, Sebastian Schupfner, [www.schupfner.com](http://www.schupfner.com)  
© Frog 974/Fotolia.com (Marginalspalte)

Druck: SpreeBoPrint

Auflage: 1.000 Exemplare

Stand: 27. November 2013

Alle Rechte, auch die des auszugsweisen Nachdrucks, vorbehalten.

Der GKV-Spitzenverband ist der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach § 217a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V). Er ist zugleich der Spitzenverband Bund der Pflegekassen nach § 53 SGB XI. Der GKV-Spitzenverband ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Selbstverwaltung. Name, Logo und Reflexstreifen sind geschützte Markenzeichen des GKV-Spitzenverbandes.

# **Sicherstellung und Verbesserung der ambulanten Versorgung - Verteilungsgerechtigkeit in der Vergütung**

Reformoptionen des GKV-Spitzenverbandes

Positionspapier beschlossen vom Verwaltungsrat am 27. November 2013



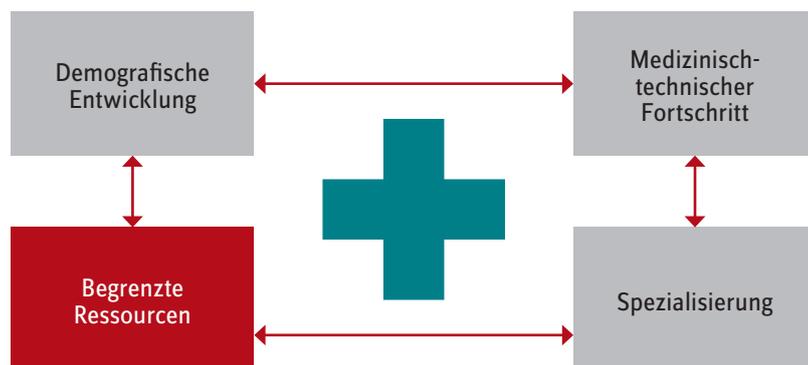
# Inhalt

---

<b>1</b>	<b>Herausforderungen</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>Versorgung</b> .....	<b>7</b>
2.1	Übersversorgung abbauen/Unterversorgung vermeiden .....	7
2.2	Nichtärztliche Leistungserbringer stärker einbeziehen .....	7
2.3	Flexible Angebotsstrukturen fördern .....	8
2.4	Zulassung und Versorgungsauftrag verknüpfen .....	9
2.5	Primärärztliche Versorgung stärken .....	9
2.6	Fachärztliche Versorgung neu strukturieren .....	10
2.7	Versorgungsstrukturen zukunftsfähig ausgestalten .....	11
<b>3</b>	<b>Vergütung</b> .....	<b>12</b>
3.1	Wirksamere Steuerung der Ausgaben für ärztliche Leistungen .....	12
3.2	Finanzierbarkeit sichern - Konstruktionsmängel des derzeitigen Vergütungssystems beseitigen .....	12
3.3	Morbiditätsentwicklung sachgerecht bestimmen .....	13
3.4	Mängel bei der Bestimmung von Preisen beseitigen .....	14
3.5	Finanzmittel gerechter verteilen .....	14
3.6	Einheitlichen Bewertungsmaßstab transparent und am Versorgungsbedarf orientiert weiterentwickeln .....	15
3.7	Gestaltungsmöglichkeiten auf der Landesebene ausbauen .....	16
<b>4</b>	<b>Bestehende Qualitätsstandards weiterentwickeln - neue Versorgungsbereiche einbeziehen</b> .....	<b>18</b>

# 1 Herausforderungen

Deutschland verfügt über ein sehr gut ausgebautes System der ambulanten Versorgung mit einer insgesamt hohen Arztdichte und einer im internationalen Vergleich beispiellosen Dichte an ambulant tätigen Fachärzten und Psychotherapeuten. Die Versicherten haben freien Zugang zur Versorgung und Anspruch auf alle erforderlichen vertragsärztlichen Leistungen. Im Vergleich mit anderen Gesundheitssystemen wird allerdings immer wieder festgestellt, dass das deutsche System bei guten, aber nicht hervorragenden Ergebnissen vergleichsweise teuer ist und damit über Effizienzreserven verfügt. Daneben steht die Versorgung der Zukunft großen Herausforderungen gegenüber:



Sowohl der demografische Wandel als auch der medizinisch-technische Fortschritt werden Systemanpassungen erfordern: Das Durchschnittsalter der Bevölkerung wird absehbar steigen; die absolute Bevölkerungszahl, die Zahl der Frauen im gebärfähigen Alter und die Zahl der Kinder werden sinken. In einigen ländlichen Regionen zeichnet sich diese Entwicklung schon heute deutlich ab. Daneben führt der medizinisch-technische Fortschritt zu einem immer größeren Angebot an Leistungen in der ambulanten Versorgung, aber auch zu immer weitergehenden Spezialisierungstendenzen. Nicht immer entstehen dabei bessere Versorgungsmöglichkeiten, sondern ganz im Gegenteil werden oft Innovationen mit keinem oder nur geringem Zusatznutzen aber hohen Zusatzkosten entwickelt. Für die ambulante Versorgung ergibt sich insgesamt eine rückläufige Patientenzahl und damit auch ein

geringerer Bedarf an Ärzten. In einigen Versorgungsbereichen wird der Bevölkerungsrückgang allerdings durch die Alterung kompensiert. Das heißt jedoch nicht, dass der Leistungsbedarf insgesamt steigen muss. Die höchsten Leistungsausgaben finden nach wie vor in den letzten zwei Lebensjahren statt, unabhängig vom Durchschnittsalter der Patienten. Daneben können die Menschen heute verhältnismäßig gesünder altern.

Die Versorgung muss aufgrund der veränderten Bevölkerungszusammensetzung insgesamt stärker auf altersbedingte Krankheiten ausgerichtet werden. Versorgungsengpässe, die bereits heute in einigen ländlichen Regionen bestehen, werden sich tendenziell verstärken. Selbst mit erheblichen finanziellen Förderungen werden sich die strukturellen Nachteile hier nicht dauerhaft ausgleichen lassen. Dennoch muss auch für die Bevölkerung in den peripheren ländlichen Regionen eine bedarfsgerechte ambulante Versorgung sichergestellt bleiben. In den städtischen Regionen bestehen oft erhebliche Überkapazitäten, weil die Regionen attraktiv für ärztliche Niederlassungen sind und zusätzlich über ein umfangreiches stationäres Angebot verfügen. Vor allem hier besteht die Gefahr, dass der medizinisch-technische Fortschritt immer neue Versorgungsbereiche eröffnet, die bei geringem Zusatznutzen erhebliche personelle und finanzielle Ressourcen binden, die dann an anderer Stelle fehlen.

Angesichts der großen Herausforderungen müssen alle Anstrengungen unternommen werden, die Versorgung effizienter zu gestalten und besser zu strukturieren. Das ambulante Leistungsangebot muss dabei konsequent an den Versorgungsbedürfnissen einer älter werdenden Gesellschaft ausgerichtet werden. Unwirtschaftliche Strukturen und Fehlanreize bei der ärztlichen Vergütung müssen abgebaut und die Wirksamkeit und Qualität der erbrachten Leistungen entscheidend verbessert werden. Die Fehlversorgung durch nicht koordinierte Behandlungsprozesse muss durch eine sektorenübergreifende, integrierte Versorgung abgelöst werden.

## 2 Versorgung

---

### 2.1 Überversorgung abbauen/ Unterversorgung vermeiden

- Verzicht auf Nachbesetzungsverfahren in überversorgten Regionen
- Verkauf von Praxen zum Sachwert der Praxis
- Einführung eines obligatorischen Landarzt-tages
- Arztentlastende Maßnahmen bei Unterversorgung, z. B. Verzicht auf Notdienstbeteiligung
- Möglichkeit zur Umwandlung von Zulassungen in Anstellungsverhältnisse bei der KV/ Einrichtung von KV-Praxen
- Steuerung des Niederlassungsverhaltens über Preisanreize

In der ambulanten Versorgung besteht derzeit kein genereller Mangel an Ärzten, und dies gilt auch unter dem Gesichtspunkt eines veränderten Bedarfs durch die demografische und medizinisch-technische Entwicklung. Tatsächlich waren noch nie so viele Ärzte in der ambulanten Versorgung tätig wie heute, und selbst die Zahl der Hausärzte hat einen neuen Höchststand erreicht. Trotz dieser allgemein guten Lage gibt es Regionen, in denen zu viele, und solche, in denen zu wenige Ärzte tätig sind. In der fachärztlichen Versorgung und in städtischen Regionen besteht fast flächendeckend eine erhebliche Überversorgung. Um eine flächendeckende Versorgung mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen sicherzustellen, bedarf es weiterer Gestaltungselemente, die eine bedarfsgerechte Verteilung fördern.

Ein Abbau von Überversorgung kann vor allem dadurch erfolgen, dass in den betreffenden Regionen keine Nachbesetzungsverfahren durchgeführt werden, wenn dies für die Versorgung nicht unbedingt notwendig ist. Hier sollten die KVen zum Aufkauf der betreffenden Praxen verpflichtet werden. Die finanziellen Mittel stehen grundsätzlich bereits im Rahmen der vertragsärztlichen

Gesamtvergütung zur Verfügung, denn jeder ausscheidende Arzt verringert das von der KV zu vergütende und wegen der Überversorgung zu hohe Leistungsvolumen. Daneben sollten konkrete Maßnahmen zur Beseitigung und Vermeidung von Unterversorgung getroffen werden. Beispielsweise könnten Ärzte in überversorgten Regionen dazu verpflichtet werden, für einen Tag pro Woche in umliegenden, schlecht versorgten Regionen tätig zu sein. Darüber hinaus sollten Ärzte, die in unterversorgten Regionen tätig sind, entlastet werden, z. B. könnte hier auf eine Beteiligung an Notdiensten verzichtet und die Möglichkeiten zur Delegation (und ggf. Substitution) ärztlicher Leistungen ausgebaut werden. Um Anreize zu setzen, in einer schlechter versorgten Region tätig zu werden, kann es darüber hinaus hilfreich sein, das wirtschaftliche Risiko der Praxisführung oder einer möglichen Praxisübernahme zu minimieren. Ärzte sollten daher die Möglichkeit erhalten, ihre Zulassung in ein Anstellungsverhältnis mit der KV umzuwandeln oder von vornherein als angestellter Arzt in einer KV-Praxis tätig zu werden. Darüber hinaus sollte auch durch die Vergütung ärztlicher Leistungen Einfluss auf die Niederlassungsentscheidung genommen werden. Die Wirksamkeit von Zuschlägen zur Vergütung in unterversorgten Regionen würde deutlich gesteigert, wenn in überversorgten Regionen entsprechend Abschläge von der Vergütung vorgenommen werden könnten.

### 2.2 Nichtärztliche Leistungserbringer stärker einbeziehen

- Niederschwellige Versorgungsangebote insbesondere in ländlichen Regionen
- Ausbau von Delegation und Substitution
- Ausbau von Telemedizin

Die (ambulante) medizinische Versorgung in Deutschland ist insgesamt sehr arztzentriert ausgerichtet. Dies spiegelt sich in der Organisation der Versorgung wider, aber auch in den

Verhandlungs- und Vergütungsstrukturen. Mitglieder anderer Gesundheitsberufe nehmen an der Versorgung in der Regel nur auf ärztliche Weisung und unter ärztlicher Anleitung teil.

Vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsanforderungen der Patienten und begrenzter personeller Ressourcen wird es in Zukunft notwendig sein, diese Strukturen anzupassen und medizinische Leistungen anders als bisher auf die verschiedenen medizinischen Leistungserbringer zu verteilen. So werden ältere, multimorbide Patienten auch in Zukunft wohnortnah eine kontinuierliche Betreuung benötigen. Allerdings wird es in dünn besiedelten Regionen nicht immer möglich sein, dies zu angemessenen Kosten durch Ärzte sicher zu stellen. Um die vorhandenen Ärzte zu entlasten und zu unterstützen, sollten bestehende Potenziale für eine Delegation und Substitution ärztlicher Leistungen ausgeschöpft werden, sodass nichtärztliche Leistungserbringer künftig nicht allein auf die Erbringung ärztlich angeordneter Hilfeleistungen in der Häuslichkeit der Patienten, in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen nach vorangegangener ärztlicher Untersuchung beschränkt wären. Aus einer neuen Aufgabenverteilung können sich gerade für chronisch Kranke mit regelmäßigem Versorgungsbedarf neue Ansätze für eine kontinuierliche Betreuung ergeben, die ihren Bedürfnissen besser entspricht.

Schließlich besteht ein bisher kaum genutztes Potenzial zur Entlastung von Ärzten und zur Verbesserung der Versorgung im Einsatz von Telemedizin. Voraussetzung für die flächendeckende Nutzung entsprechender Anwendungen ist die Schaffung einer gemeinsamen und für alle zugänglichen Infrastruktur. Der Gesetzgeber darf nicht zulassen, dass diese notwendige Entwicklung immer wieder durch Einzelinteressen von Beteiligten blockiert wird.

## 2.3 Flexible Angebotsstrukturen fördern

- Ausbau von Anstellungsverhältnissen
- Förderung von Filialpraxen und mobilen Praxisangeboten
- Zulassungen befristen
- Sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zulassen

Das in der ambulanten Versorgung traditionell bestimmende Bild der Einzelarztpraxis wandelt sich seit einigen Jahren zugunsten von kooperativen Versorgungsformen wie Gemeinschaftspraxen, Praxisnetzen oder MVZ. Die Zahl der angestellten Ärzte wächst seit Jahren stetig. Offenbar legen Ärzte zunehmend Wert auf flexible Möglichkeiten der ärztlichen Tätigkeit, auf Teamwork und auf einen geregelten Arbeitsalltag. Daneben befördert auch die Spezialisierung eine steigende Zahl der fachübergreifend und kooperativ tätigen Einrichtungen. Dieser Trend ist aus Patientensicht sehr zu begrüßen und sollte durch den Ausbau von Anstellungsmöglichkeiten unterstützt werden. Angesichts der Herausforderungen, die sich gerade in ländlichen Regionen für die Sicherstellung ergeben, sind darüber hinaus flexible Angebote, wie z. B. mobile Arztpraxen, die Förderung von Filial- bzw. Zweigpraxen und die Einrichtung von KV-betriebenen Praxen zu prüfen und auszubauen. Gerade in Versorgungsbereichen, die sich durch eine hohe Spezialisierung, ein hohes Maß an Innovationen und Veränderungen auszeichnen, bildet das Modell der lebenslangen Zulassungen das Versorgungsgeschehen nicht mehr angemessen ab. Hier muss die Versorgung in kürzeren Zeiträumen umgestaltet und angepasst werden können. Die Teilnahme an der ambulanten Versorgung ließe sich hier besser durch die Vergabe von zeitlich befristeten Versorgungsaufträgen gestalten. In Regionen mit Sicherstellungsproblemen müssen darüber hinaus sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zugelassen werden, die es z. B. ermöglichen, dass Krankenhäuser einen Teil des ambulanten Versorgungsauftrages übernehmen.

## 2.4 Zulassung und Versorgungsauftrag verknüpfen

- Inhaltliche Anpassung des Versorgungsangebotes an den veränderten Bedarf
- Festlegung der mit der Zulassung verbundenen Versorgungsaufträge
- Zulassung über Sonderbedarf nur bei klar definiertem Versorgungsauftrag

Ärzte können heute frei entscheiden, welche Leistungen sie im Rahmen ihrer Qualifikation erbringen. Sie bestimmen z. B., ob sie konservativ tätig sein wollen oder sich auf die Durchführung von ambulanten Operationen spezialisieren. Es erfolgt keine weitere Steuerung des Versorgungsgeschehens und keine Prüfung des qualitativen Versorgungsbedarfes der Bevölkerung. Selbst bei der Nachbesetzung einer Praxis kann nur sehr eingeschränkt Einfluss auf das Versorgungsgeschehen genommen werden, auch wenn dies unter Versorgungsgesichtspunkten notwendig wäre.

Dieses statische System wird den künftigen Herausforderungen nicht gerecht. Vor dem Hintergrund veränderter Versorgungsbedarfe wird es mit den zur Verfügung stehenden Ressourcen künftig notwendig sein, das Versorgungsangebot inhaltlich zu präzisieren und es besser an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Hierfür muss es möglich sein, die Zulassung mit konkreten Versorgungsaufträgen zu verbinden und damit eine qualitative Ausrichtung des Versorgungsangebotes vorzugeben. Daneben müssen Versorgungsaufträge nach Beendigung einer Zulassung inhaltlich angepasst werden können, wenn dies für die Versorgung der Patienten erforderlich ist. Die Möglichkeit zur Vergabe von Zulassungen trotz Zulassungsbeschränkungen (Sonderbedarf) muss zwingend am Versorgungsbedarf ausgerichtet und mit einem entsprechend inhaltlich klar definierten Versorgungsauftrag verbunden sein.

## 2.5 Primärärztliche Versorgung stärken

- Anpassung der Vergütungsstrukturen z. B. durch die Aufwertung bestimmter hausärztlicher Leistungen im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)
- Anpassung des Medizinstudiums an die Anforderungen der Versorgung: Fokus auf generalistisch ausgerichtete Ausbildungsinhalte, stärkere Praxisorientierung, Pflichtpraktikum in Landarztpraxis, Stipendienprogramm Allgemeinmedizin
- Verbesserung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung: Förderung von Verbundweiterbildungen, Ausbau der Förderung, Erhöhung der Fördersummen in unterversorgten Gebieten, verpflichtender Anteil von Weiterbildungen in der Allgemeinmedizin für weiterbildende Krankenhäuser

Die Basis der ambulanten Versorgung ist die hausärztliche Versorgung. Der Hausarzt ist i. d. R. der erste Ansprechpartner für die Patienten. Er stellt idealerweise eine kontinuierliche ganzheitliche Betreuung sicher und kennt die Krankengeschichte der Patienten über einen langen Zeitraum. Daneben hat er Einblick in ihr familiäres und soziales Umfeld. Hausärzte genießen bei den Patienten ein hohes Ansehen und ein großes Maß an Vertrauen. Innerhalb der Ärzteschaft wird der Hausarztberuf allerdings oft wenig attraktiv bewertet. Hier wird die Allgemeinmedizin zum Teil mit geringerem fachlichen Anspruch, geringerem Einkommen und höherer Arbeitsbelastung gleichgesetzt. Als besonders schwer vermittelbar gilt die Tätigkeit als Landarzt. Auch wenn die hausärztliche Versorgungssituation derzeit insgesamt noch gut ist, zeichnen sich insbesondere in ländlichen Regionen Versorgungsengpässe ab. Diese werden durch einen hohen Nachbesetzungsbedarf und einen höheren Bedarf der älter werdenden Bevölkerung an hausärztlichen Leistungen verstärkt.

Um auch für die Zukunft eine gute hausärztliche Versorgung sicherstellen zu können, wird es notwendig sein, das Image der Hausarztztätigkeit zu verbessern. Darüber hinaus sollten auch weiterhin finanzielle Anreize gesetzt werden, um die Attraktivität der hausärztlichen Versorgung zu erhöhen. Um die Hausarztztätigkeit für den medizinischen Nachwuchs attraktiver zu gestalten, müssen im Bereich des Medizinstudiums und in der sich anschließenden Weiterbildung entscheidende Signale gesetzt werden. Im Studium sollte zunächst ein klarer Fokus auf allgemeinmedizinische und generalistisch ausgerichtete Ausbildungsinhalte gelegt werden. Wichtig ist darüber hinaus ein früher Kontakt der Studierenden mit der Praxis der ambulanten Versorgung. Die Weiterbildung in der Allgemeinmedizin beinhaltet einen organisatorischen Bruch beim Wechsel zwischen Klinik und Praxis. Eine Verbesserung könnte hier z. B. durch die Förderung von Verbundweiterbildungen erreicht werden. Eine zusätzliche Belastung der GKV in der Finanzierung von Weiterbildungsmaßnahmen ist abzulehnen, da es sich hierbei um eine öffentliche Aufgabe handelt.

## 2.6 Fachärztliche Versorgung neu strukturieren

- Trennung der allgemeinen und spezialisier-ten Fachgruppen in der Bedarfsplanung
- Eigene Planungsgrundlage für spezialisierte Leistungsbereiche
- Beibehaltung der privilegierten Zulassung für generalistisch tätige Fachärzte
- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung und Zulassungssteuerung
- Erteilung befristeter Versorgungsaufträge
- Ausschreibung definierter Versorgungsaufträge

Die Spezialisierung der Medizin führt in der ambulanten Versorgung immer mehr zu einem Bedeutungsverlust der allgemeinfachärztlichen Versorgung. Die Spezialdisziplinen fächern sich

immer stärker aus und erschließen mit immer spezielleren Angeboten neue Bereiche des ambulanten Marktes. Dies geht jedoch sowohl in Bezug auf die personellen als auch in Bezug auf die finanziellen Ressourcen zu Lasten der allgemeinen fachärztlichen Versorgung. Gleichzeitig drängen auch die Krankenhäuser zunehmend in die ambulante Versorgung. Diese doppelte Facharztschiene verstärkt die ohnehin bestehende Überversorgung vor allem in den Städten. Dabei ist keineswegs evident, dass diese facharztzentrierte, immer spezialisiertere Medizin für den Patienten auch den erwarteten zusätzlichen Nutzen hat. Vielmehr besteht bei einer hohen Leistungsanbieterdichte die Gefahr, dass aus ökonomischen Gründen Leistungen erbracht werden, die für den Patienten unnötig oder sogar schädlich sind. Der Aufbau von Doppelkapazitäten wird auch dadurch befördert, dass die Versorgung in den Schnittstellenbereichen der ambulanten und stationären Versorgung nicht ausreichend aufeinander abgestimmt ist.

Zur Sicherstellung einer bedarfsgerechten fachärztlichen Versorgung müssen unterschiedliche Planungsbereiche für die allgemeine und die spezialisierte fachärztliche Versorgung geschaffen werden. Das bestehende System der Niederlassungssteuerung ist dabei vor allem für die allgemeine fachärztliche Versorgung geeignet. Für die spezialisierten Fachrichtungen sollte im Rahmen der Bedarfsplanung eine eigene Planungsgrundlage geschaffen werden, wobei die Bedarfsermittlung und die Zulassungssteuerung sektorenübergreifend erfolgen müssen. Dabei sind insbesondere auch die spezialisierten ambulanten Versorgungsangebote von Krankenhäusern zu berücksichtigen. Um die Versorgung sinnvoll steuern zu können, sollten für ambulante Versorgungsbe- reiche zeitlich befristete und qualitativ begrenzte Versorgungsaufträge vergeben werden können. Aufgrund der hohen Anbieterdichte in diesem Bereich sind hier auch Ausschreibungsmodelle denkbar.

## 2.7 Versorgungsstrukturen zukunftsfähig ausgestalten

- Förderung von sektorenübergreifenden Versorgungskonzepten
- Förderung von indikationsbezogenen Schwerpunktangeboten
- Förderung von Kooperationen
- Evidenzbasiertes Leistungsangebot
- Bessere Koordination durch mehr Transparenz
- Weiterentwicklung durch mehr Wettbewerb

Angesichts der Herausforderungen, vor denen die ambulante Versorgung steht, reicht es nicht aus, weiterhin auf ein flächendeckendes Netz an Einzelarztpraxen zu setzen. Für die Behandlung von Multimorbidität und chronischen Erkrankungen wird es darauf ankommen, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte zu entwickeln und z. B. indikationsbezogene Schwerpunktpraxen zu etablieren, um den Patienten ein koordiniertes Versorgungskonzept anbieten zu können. Die Kooperation mit Krankenhäusern ist hier besonders geeignet, um entsprechende Kapazitäten und Synergieeffekte zu nutzen. Das Ziel „ambulant vor stationär“ muss beibehalten werden. Gerade bei neuen Leistungen und Spezialisierungen kann es sinnvoller sein, diese Leistungsangebote zunächst ambulant an den Krankenhäusern zu belassen. Hochspezialisierte niedergelassene Fachärzte haben, schon um die notwendige Auslastung für eine wirtschaftliche Tragfähigkeit ihrer Praxen zu erreichen, einen hohen Anreiz zu Mengenausweitungen und angebotsinduzierter Nachfrage. Weder über die Leistungsvergütung noch auf anderem Wege sollte die Vorhaltung unnötiger, bereits vorhandener oder nicht ausgelasteter Infrastruktur finanziert werden. Darüber hinaus ist es dringend erforderlich, die Evidenzbasierung allgemein zu verbessern und nur solche Leistungen zu finanzieren, deren Nutzen nicht in Frage steht. Der Nutznachweis darf dabei nicht auf neue Leistungen beschränkt werden. Alle Leistungen gehören auf den Prüfstand.

Ein großes Maß der bestehenden Wirtschaftlichkeitsverluste geht auf die unzureichende Koordination der Patientenversorgung zurück. Eine zentrale elektronische Patientenakte im Rahmen der noch zu etablierenden Telematik-Infrastruktur würde diese Probleme beheben und wäre die Grundlage für funktionierende Kooperationen und sinnvolle sektorenübergreifende Versorgungskonzepte.

Für den Wettbewerb in der gesetzlichen Krankenversicherung sollte in Zukunft neben dem Preis vor allem die Qualität der gesundheitlichen Versorgung das Unterscheidungsmerkmal sein. Selektivverträge sind als wettbewerbliche Versorgungsform zu fördern und auszubauen. Sie können in allen Versorgungsbereichen wichtige Beiträge zu mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit leisten. Dadurch wird die Innovationskraft für neue Versorgungsangebote freigesetzt, und die hinsichtlich ihrer Ergebnisqualität besten Anbieter(netze) können sich durchsetzen. Um dieses Ziel zu erreichen, sollten Selektivverträge verbindliche Vereinbarungen über Qualitätsverbesserungen und deren Evaluierung enthalten. Informationen über die Qualität, insbesondere bei der sektorenübergreifenden gesundheitlichen Versorgung, fehlen bisher weitgehend. Daneben sind verlässliche Rechtsgrundlagen zu schaffen.

Die Anwendung von Wettbewerbsinstrumenten lässt sich jedoch nicht diktieren. Jede Krankenkasse muss selbst entscheiden können, ob das Instrument für sie geeignet ist oder nicht. Wettbewerb bedeutet auch, den marktwirtschaftlichen Such- und Findungsprozessen den notwendigen Raum zu geben, und dies muss sich auch in den entsprechenden gesetzlichen Grundlagen widerspiegeln. Ein Kontrahierungszwang wie z. B. bei den Hausarztverträgen ist genauso abzulehnen wie gesetzliche Vorgaben, die den Abschluss von Selektivverträgen nur dann gestatten, wenn mögliche Mehrausgaben bereits kurzfristig durch entsprechende Einsparungen kompensiert werden.

# 3 Vergütung

## 3.1 Wirksame Steuerung der Ausgaben für ärztliche Leistungen

- Vereinbarte Gesamtvergütung als zentrales Steuerungsinstrument unverzichtbar
- Versorgungsziele und Prioritätensetzungen bei der Festsetzung der vertragsärztlichen Vergütungen berücksichtigen
- Vergütungsanteile für die Verbesserung der Qualität vorsehen
- „Individuelle Gesundheitsleistungen“ (IGeL) ohne Nutznachweis ausschließen

Durch die Reformen der letzten Jahre wurde ein wesentlicher Bestandteil des Kollektivvertrags, die Gesamtvergütung für die ärztlichen Leistungen, durch vielfältige, oft unsystematische Regelungen in seiner Steuerungswirkung beeinträchtigt. Die Gesamtvergütung umfasst nur noch Teile des Leistungsgeschehens und ihre jährliche Weiterentwicklung ist abhängig von Anpassungsfaktoren, die von den Ärzten entscheidend beeinflusst werden können.

In der ärztlichen Versorgung besteht kein Gleichgewicht des Einflusses von Ärzten und Patienten. Ärzte entscheiden weitgehend autonom über die von ihnen erbrachten Leistungen. Es bestehen starke wirtschaftliche Anreize zur Leistungsausweitung. Die Steuerung der Gesamtausgaben für ärztliche Leistungen über die Vereinbarung einer begrenzten Gesamtvergütung bleibt vor diesem Hintergrund einer nicht nur medizinisch begründeten Mengenausweitung erforderlich und ist insbesondere in den Bereichen der Versorgung unverzichtbar, die deutliche Risiken einer Mengenausweitung aufweisen. Ziel einer neuen Honorarreform muss es sein, die in den letzten Jahren verloren gegangene finanzielle Stabilität wieder herzustellen und damit die Finanzierung der ambulanten ärztlichen Versorgung auch langfristig zu sichern.

Um eine stärkere Orientierung des Leistungsgeschehens am Bedarf der Patienten zu bewirken, müssen Versorgungsziele und Prioritätensetzungen bei der Festsetzung der vertragsärztlichen Vergütungen stärker berücksichtigt werden; durch eine regelmäßige Ergebniskontrolle ist zu überprüfen, ob der Ressourceneinsatz die erwünschten Erfolge gebracht hat. Zusätzlich sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet werden, mit einem im Bewertungsausschuss zu verhandelnden Anteil der Gesamtvergütung die Erbringung solcher Leistungen zu fördern, die in besonderem Maße die Qualität der Versorgung verbessern.

Das Angebot von nicht evidenzbasierten sog. „Individuellen Gesundheitsleistungen“ (IGeL) in den Arztpraxen gegen Selbstzahlung stellt nicht nur die Leistungsfähigkeit und die hohe Qualität der vertragsärztlichen Versorgung zu Unrecht in Frage. „Individuelle Gesundheitsleistungen“ führen auch zu einer Kommerzialisierung ärztlicher Berufsausübung und belasten dadurch das auf Vertrauen begründete Arzt-Patienten-Verhältnis. Soweit die nicht evidenzbasierten Leistungsangebote nicht vollständig ausgeschlossen werden können, müssen die Patienten umfassend aufgeklärt werden und über eine ausreichende Bedenkzeit mit Widerrufsmöglichkeit verfügen können.

## 3.2 Finanzierbarkeit sichern – Konstruktionsmängel des derzeitigen Vergütungssystems beseitigen

- Finanzierbarkeit zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung gewährleisten
- Vielzahl und Komplexität der Anpassungsfaktoren der Gesamtvergütung verringern
- Verhandlungsgleichgewicht wiederherstellen und Konflikte vermindern

Die Honorarreformen der letzten Jahre haben zu einer Anhebung der vertragsärztlichen Vergütung seit 2007 um rd. 6,5 Mrd. Euro auf rd. 34 Mrd.

Euro geführt. Das durchschnittliche ärztliche Einkommen erhöhte sich in diesen Jahren deutlich. Die Ursachen für den hohen Vergütungsanstieg liegen im derzeitigen Vergütungssystem, das die Berücksichtigung zu vieler Anpassungsfaktoren vorsieht und damit einen ständigen Ausgabenzuwachs bedingt. Die Wiederherstellung einer ausgewogenen Verhandlungssituation durch Neuordnung des Vergütungssystems ist daher notwendig, um zu auch für die Kassen akzeptablen Ergebnissen zu kommen und konflikträchtige Auseinandersetzungen wieder entbehrlich zu machen.

Mit der Honorarreform 2009 (GKV-WSG) wurde die Bindung der Gesamtvergütung an die Grundlohnentwicklung zugunsten der Koppelung an die Entwicklung der Morbiditätsstruktur abgelöst. Mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz wurden zusätzliche, die Ausgabedynamik verstärkende Anpassungsfaktoren eingeführt und viele Entscheidungen auf die Landesebene verlagert. Nachdem die Bundesebene bereits wichtige Entscheidungen zur Preisanpassung und zum Mengenwachstum getroffen hat, können dieselben Sachverhalte auf Landesebene erneut verhandelt werden - zur zusätzlichen Berücksichtigung regionaler Besonderheiten, von denen es offensichtlich sehr viele gibt. Insgesamt ist ein instabiles, überaus komplexes und in seinen Auswirkungen kaum noch kalkulierbares Vergütungssystem entstanden.

Die vielfältigen Regelungen zu unterschiedlichen Faktoren für die Anpassung des Behandlungsbedarfs (dazu zählen neben der eigentlichen Morbiditätsveränderung der sog. nicht vorhersehbare Anstieg des Behandlungsbedarfs, die Verlagerung von Leistungen aus dem stationären Bereich und weitere, auf Landesebene zu verhandelnde Morbiditätskriterien) sollten deutlich reduziert werden, solange keine belastbaren Erkenntnisse für deren Notwendigkeit vorliegen und vor allem Doppelfinanzierungseffekte erwartet werden müssen. Die Beschränkung auf wenige, objektiv zu bestimmende Anpassungsfaktoren des Behandlungsbedarfs

würde auch entscheidend zur Vereinfachung der sehr komplexen Vorschriften und zur Vermeidung von fast zur Regel gewordenen Verfahren vor den Schiedsämtern beitragen.

### 3.3 Morbiditätsentwicklung sachgerecht bestimmen

- Diagnosebezogene Morbiditätsrate auf den Prüfstand stellen
- Kopplung der Morbiditätsentwicklung an die demografische Veränderung
- Ergänzung durch weitere unabhängige Morbiditätsindikatoren
- Innovationen durch Einführung neuer Leistungen steuern

Ein zentrales Element der Honorarreformen der letzten Jahre ist die Übernahme des sog. Morbiditätsrisikos in der ärztlichen Versorgung durch die Krankenkassen. Wenn die Versicherten kränker werden und deshalb mehr Leistungen für ihre Versorgung benötigen, soll dieser zusätzliche Behandlungsbedarf auch zusätzlich vergütet werden. Dies setzt allerdings voraus, dass es einen Weg gibt, die Veränderung der Morbidität objektiv festzustellen. Darüber hinaus muss die hierdurch begründete Vergütung eines zusätzlichen Behandlungsbedarfs auch an den Nachweis einer entsprechenden bedarfsorientierten Anpassung des Leistungsgeschehens gekoppelt werden.

Es hat sich in den vergangenen Jahren gezeigt, dass die vom Gesetz vorgegebene Ermittlung der Morbiditätsveränderung über die von den Ärzten selbst dokumentierten Diagnosen methodisch problematisch ist. Insbesondere ist die Qualität der zu verwendenden Diagnosedaten zweifelhaft, weil es keine verbindlichen Kodiervorgaben gibt.

Die morbiditätsbedingte Veränderung des ambulanten Behandlungsbedarfs in Deutschland kann besser und zuverlässiger über nicht beeinflussbare demografische Faktoren gemessen werden.

Neben der demografischen Entwicklung können auch weitere unabhängige Morbiditätsindikatoren, die aus den Erkenntnissen der Gesundheitsforschung gewonnen werden, Berücksichtigung finden.

Die Einführung neuer, vom Gemeinsamen Bundesausschuss geprüfter und anerkannter Leistungen in den EBM stellt die Einbeziehung des medizinisch-technischen Fortschritts in die vertragsärztliche Versorgung sicher. Diese Leistungen werden für einen festgelegten Wachstumszeitraum extrabudgetär vergütet und sind dann in die morbiditätsbedingte Gesamtvergütung zu überführen.

### 3.4 Mängel bei der Bestimmung von Preisen beseitigen

- Mängel bei der Anpassung des Orientierungswertes abbauen
- Einführung von Preisdifferenzierung zur Niederlassungssteuerung
- Umfangreiche Datentransparenz sichern

Mit der Honorarreform 2009 wurde ein einheitlicher Preis für die Vergütung der Leistungen eingeführt. Damit wurde ein entscheidender Schritt in Richtung Transparenz und Vergleichbarkeit der Vergütungen und der Leistungen umgesetzt.

Die Bestimmung des Orientierungswertes ist Grundlage für die Ermittlung der Gesamtvergütung. Die Anpassung des Orientierungswertes soll der relevanten Kostenentwicklung der Praxen unter besonderer Berücksichtigung einer wirtschaftlichen Leistungserstellung entsprechen. Die gesetzlichen Regelungen zur jährlichen Anpassung des Orientierungswertes sind jedoch zu unbestimmt, um dieses Ziel zu erreichen. Eine stärkere Konkretisierung der gesetzlichen Bestimmungen im Hinblick auf die Berücksichtigung von bereits erfolgten Vergütungssteigerungen und auf die Einbeziehung der Produktivitätsentwicklung der Arztpraxen bei der Bestimmung des Ori-

entierungswertes ist notwendig, um eine Doppelfinanzierung der Praxiskosten zu vermeiden. Mehr Eindeutigkeit ist auch mit Blick auf die vom Gesetz geforderte Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsreserven und die Kostendegression bei Mengenausweitungen erforderlich.

Kennzeichnend für die gegenwärtige räumliche Verteilung von Ärzten sind erhebliche Ungleichgewichte, die auch darauf zurückzuführen sind, dass sich Ärzte bei der Wahl ihres Niederlassungsortes nicht immer am Versorgungsbedarf orientieren. Stattdessen werden Anreize wirksam, die auch aus der nach Regionen und nach Fachgebieten unterschiedlichen Möglichkeit zur Privatabrechnung resultieren. Um hier wirksam gegensteuern zu können, sind die im Gesetz bereits einmal vorgesehenen Möglichkeiten der Differenzierung des Orientierungswertes in Abhängigkeit vom Versorgungsgrad wieder einzuführen.

Grundlage jeder systematischen Ermittlung von Preisen ist die Transparenz von Kosten und Vergütungen. Diese ist insbesondere seit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetzes für die Krankenkassen nicht mehr vollständig gegeben. Eine Wiederherstellung der uneingeschränkten Datentransparenz ist notwendig.

### 3.5 Finanzmittel gerechter verteilen

- Verteilung der Vergütungen zwischen den Arztgruppen verbessern
- Orientierung der Vergütungsverteilungen an gemeinsam festgelegten Versorgungszielen
- Einvernehmen bei der Honorarverteilung wiederherstellen

Ein kaum lösbares Problem der vertragsärztlichen Vergütung ist die leistungsgerechte Verteilung der bereitgestellten Finanzmittel zwischen den und innerhalb der Arztgruppen. Die gegenwärtigen Regelungen sehen vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen die Verteilung der von den Kran-

kenkassen bereitgestellten Finanzmittel zwischen den Arztgruppen eigenständig durchführen. Damit wird die Honorarverteilung abhängig von den Mehrheitsverhältnissen in den Vertreterversammlungen der KVen, und es entsteht auch die Gefahr, dass die Honorarverteilung als Instrument zur Durchsetzung honorarpolitischer Strategien genutzt wird.

Während die vertragsärztliche Vergütung in den letzten Jahren insgesamt erheblich anstieg, bestehen weiterhin deutliche Einkommensunterschiede zwischen den und innerhalb der einzelnen Arztgruppen. Allerdings resultieren die Unterschiede nicht zuletzt auch aus der nach Fachgebieten unterschiedlichen Höhe der Einnahmen aus der Privatabrechnung und nur in geringerem Umfang aus Unterschieden bei den GKV-Einnahmen. Diese Einkommensunterschiede sind immer wieder Anlass für neue und zusätzliche Honorarforderungen an die Kassen. Die Disparitäten, die sich aus der unterschiedlichen Verteilung ergeben, müssen daher vermindert werden; die Bereitstellung der vereinbarten Finanzmittel sollte entsprechend regional zu vereinbarenden versorgungspolitischen Zielsetzungen geregelt werden.

Die alleinige Zuständigkeit der Kassenärztlichen Vereinigungen für die Honorarverteilung ist nicht sachgerecht. Über die Verteilung der von den Krankenkassen bereitgestellten Honorare wird auch die Versorgung gesteuert. Daher müssen die Krankenkassen an diesen Entscheidungen wieder beteiligt werden. Dazu ist es erforderlich, dass die Datengrundlagen der Honorarverteilung für die Krankenkassen vollständig und transparent zur Verfügung stehen.

### **3.6 Einheitlichen Bewertungsmaßstab transparent und am Versorgungsbedarf orientiert weiterentwickeln**

- Kontinuierliche Weiterentwicklung des EBM unter Berücksichtigung des aktuellen Stands von medizinischer Wissenschaft und Technik
- Kalkulation des EBM in regelmäßigen Abständen basierend auf einer repräsentativen und aktuellen Datenbasis unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeit zur Ermittlung des tatsächlichen Ressourcenverbrauchs
- Herstellung eines sachgerechteren Verhältnisses der Leistungsbewertungen zueinander mit dem Ziel einer Förderung der sprechenden Medizin
- Überprüfung des Verhältnisses von Leistungspauschalen und Einzelleistungen zur gezielten Verbesserung der wirtschaftlichen und patientenorientierten Versorgung
- Keine Angleichung von EBM und GOÄ

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist ein komplexes Regelwerk, das alle ambulanten vertragsärztlichen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung abschließend beschreibt und bewertet und den niedergelassenen Ärzten als Abrechnungsgrundlage dient. Mit den Bewertungen der Leistungen insgesamt und im Verhältnis zueinander werden wesentliche Anreize zu Struktur und Umfang der medizinischen Versorgung der Bevölkerung gesetzt.

Die rasche Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik insbesondere in einzelnen Leistungsbereichen (z. B. in der Humangenetik) und die damit teilweise einhergehenden neuen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten für eine Verbesserung der Versorgung machen eine kontinuierliche Anpassung des EBM erforderlich.

Durch eine regelmäßige betriebswirtschaftliche Neukalkulation können die Leistungsbewertungen an die raschen Veränderungen der Versorgungsstrukturen, die technische Ausstattung und die Preisentwicklung angepasst werden. Das Verhältnis der Leistungsbewertungen zueinander setzt dann keine ökonomischen Fehlanreize mehr und führt zu einer Verbesserung der Honorargerechtigkeit zwischen den und innerhalb der Arztgruppen.

Eine repräsentative Datenbasis dient dabei der sach- und bedarfsgerechten Leistungsbewertung. Durch eine Weiterentwicklung der Kalkulationssystematik wird eine abgestaffelte Vergütung möglich, die einer medizinisch nicht indizierten Steigerung der Leistungsmenge entgegenwirkt. Zudem erfolgt durch die sachgerechte Neukalkulation der Leistungsbewertungen auch eine direkte Förderung der sprechenden Medizin. Die Delegierbarkeit von ärztlichen Leistungen an qualifiziertes Personal ist bei der Kalkulation und Bewertung zu berücksichtigen.

Das Verhältnis von Leistungspauschalen und Einzelleistungen muss die unterschiedliche Leistungsstruktur der Arztgruppen sachgerecht berücksichtigen. Um ausgewählte Leistungen mit einer hohen Relevanz für die Versorgung (z. B. die sprechende Medizin) gezielt zu fördern, sind Einzelleistungen auch in Zukunft ein wichtiger Bestandteil des ambulanten Vergütungssystems. Gleichzeitig bleiben Leistungspauschalen das Hauptelement des Vergütungssystems. Sie dienen einer hochwertigen wirtschaftlichen Versorgung und verhindern eine medizinisch nicht notwendige Erbringung von einzelnen Leistungen.

Der EBM ist ein wichtiges Instrument zur Steuerung des Leistungsgeschehens und der Vergütung der Ärzte. Auch mit einem weiterentwickelten EBM kann jedoch nicht verhindert werden, dass es zu nicht bedarfsgerechten Leistungsentwicklungen kommt. Daher sind neben dem EBM auch immer andere Instrumente zur Steuerung der Mengen- und Ausgabenentwicklung erforderlich.

In der gesundheitspolitischen Diskussion steht das Nebeneinander der hinsichtlich ihrer Struktur und des Vergütungsniveaus deutlich unterschiedlichen Gebührenordnungen für den vertragsärztlichen und privatärztlichen Bereich auf dem Prüfstand. Zwar gibt es keine Hinweise auf eine unterschiedliche Qualität der Behandlung von GKV- und PKV-Versicherten. Lediglich bei der Terminvergabe wird immer wieder von einer Bevorzugung von Privatversicherten berichtet. Außerdem wird die Entscheidung, als Hausarzt oder als Facharzt tätig zu sein und auf dem Land oder in der Stadt zu praktizieren, auch von den jeweils gegebenen Möglichkeiten der Privatabrechnung beeinflusst. Eine isolierte Angleichung der Gebührenordnungen würde allerdings nur zu einer deutlichen Mehrbelastung der GKV bei gleichzeitiger Entlastung der PKV führen und ist deshalb abzulehnen.

### 3.7 Gestaltungsmöglichkeiten auf der Landesebene ausbauen

- Ausgestaltung der Gesamtvergütung auf der Landesebene
- Einvernehmliche Verwendung und Verteilung der Vergütungen
- Erprobung unterschiedlicher Honorierungssysteme
- Weiterentwicklung der Versorgung durch Selektivverträge

Die inhaltliche Ausgestaltung der Gesamtvergütung soll von den regionalen Vertragspartnern vereinbart werden, um eine patientenorientierte Versorgung zu ermöglichen; hierzu schließen Kassenärztliche Vereinigung und Krankenkassen Vereinbarungen über die gezielte Förderung von Versorgungsangeboten und entscheiden im Einvernehmen über die Verteilung der Vergütungen. Um das Verhandlungsgleichgewicht zwischen Kassen und KV zu wahren, muss am Grundsatz „gemeinsam und einheitlich“ für die kollektivvertraglichen Leistungen festgehalten werden.

---

Die Förderung qualitativ hochwertiger Versorgungsangebote kann durch die Herausnahme aus der Budgetierung oder in der Vereinbarung von Preiszuschlägen einvernehmlich zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen vereinbart werden. Die bestehende gesetzliche Regelung über die Vereinbarung von Zu- und Abschlägen auf den Orientierungswert zur Berücksichtigung von regionalen Besonderheiten der Kosten- und Versorgungsstruktur ist demgegenüber zu unbestimmt und sollte daher entfallen.

Im Rahmen der regionalen Gesamtvergütung sollten die Kassenärztlichen Vereinigungen zusammen mit den Krankenkassen auch unterschiedliche Honorierungssysteme erproben können, z. B. die Bildung von Teilbudgets zur Förderung von Kooperationen oder besonderen Leistungsangeboten. Dadurch kann eine die Leistungen von unterschiedlichen Arztgruppen integrierende Patientenversorgung angeboten und für die beteiligten Leistungserbringer eine dauerhafte und kalkulierbare Finanzierung erreicht werden. Zielsetzung der regionalen Ausgestaltung sollte die Verbesserung der Versorgung der Patienten durch eine Verstärkung der Kooperationen innerhalb des ambulanten Sektors, aber auch zwischen den Sektoren sein; Arztnetze, Gemeinschaftspraxen, Medizinische Versorgungszentren und sektorübergreifende Kooperationen sollen gezielt gefördert werden.

Die Selektivverträge der Krankenkassen sind ein wichtiges Instrument für die notwendige Weiterentwicklung der Versorgung. In Selektivverträgen können alternative, die unterschiedlichen Leistungsangebote integrierende Versorgungs- und Vergütungsformen realisiert werden. Kontrahierungszwänge und andere Einschränkungen der selektivvertraglichen Gestaltungsfreiheit sind damit nicht vereinbar. Die zur Vermeidung von Doppelfinanzierungen erforderlichen Regelungen zur Bereinigung der Gesamtvergütung müssen mit dem Ziel weiterentwickelt werden, den Abschluss von Selektivverträgen zu erleichtern.

## 4 Bestehende Qualitätsstandards weiterentwickeln – neue Versorgungsbereiche einbeziehen

---

- Transparente Weiterentwicklung der Qualitätsstandards anhand umfassender Daten der Versorgungsqualität
- Einbeziehung von Versorgungsbereichen mit hohem Verbesserungspotenzial in die Qualitätssicherung
- Qualitätsförderung durch anlassbezogene Prüfungen und Rückkoppelung von Qualitätsdaten an Ärztinnen und Ärzte
- Gezielte Anreize zur Verbesserung der Versorgungsqualität im EBM

In Qualitätssicherungsvereinbarungen definieren die Vertragspartner insbesondere fachliche, apparative und räumliche Voraussetzungen für die Erbringung und Abrechnung ärztlicher Leistungen. Darüber hinaus werden Vorgaben für die Überprüfung ärztlicher Leistungen festgelegt, um die Qualität der Leistung beurteilen und um gezielte Qualitätsförderungsmaßnahmen einleiten zu können. Für viele Leistungsbereiche konnten überprüfbare Qualitätsstandards implementiert werden. Vorliegende Daten zur Versorgungsqualität werden zunehmend für Qualitätsvergleiche einzelner Ärzte genutzt. Die gewonnenen Ergebnisse werden in Form von Benchmark-Berichten den betreffenden Ärzten, den Kassenärztlichen Vereinigungen zur Einleitung qualitätsfördernder Maßnahmen sowie den Krankenkassen zur Verfügung gestellt. Auf diese Weise entsteht ein effizientes System zur Verbesserung der Qualitätsstandards. Im nächsten Schritt ist zu fordern, dass für relevante Leistungsbereiche Qualitätsberichte, wie sie im Krankenhausbereich erfolgreich implementiert wurden, zu veröffentlichen sind, um durch mehr Transparenz für die Versicherten das Qualitätsniveau anzuheben. Insbesondere bei aufwendigen und für die Diagnostik und Therapie besonders bedeutsamen Leistungen müssen die Versicherten sich informieren können, wie oft und mit welchen Ergebnissen ihr Arzt im Vergleich zu anderen diese Leistungen erbracht hat.

Grundlage für die Bewertung des Qualitätsniveaus und der Weiterentwicklung von Qualitätsförderungsmaßnahmen sind Daten zur Versorgungsqualität. Qualitätssicherung ist trotz der erforderlichen Dokumentation nicht gleichzusetzen mit Bürokratie. Die entsprechenden Prüf- und Informationspflichten werden aufwandsökonomisch gestaltet. Ein großer Anteil ärztlicher Leistungen unterliegt derzeit schon Qualitätssicherungsmaßnahmen. Die Kernanforderungen an die Qualität müssen von allen Ärzten eingehalten werden und sind mit der entrichteten Vergütung abgegolten. Qualitätssicherung ist somit fester Bestandteil der ärztlichen Leistung und insbesondere dort wirksam, wo sie als selbstverständliche Aufgabe des Arztes und nicht als Eingriff in die ärztliche Autonomie oder Behandlungsfreiheit wahrgenommen wird. Neben der Gestaltung der Rahmenbedingungen der Qualitätssicherung liegt die Verantwortung der Selbstverwaltung darin, die Akzeptanz und Transparenz der Qualitätssicherung zu erhöhen.

Gezielte ökonomische Steuerungsanreize zur Anhebung des Qualitätsniveaus in Leistungsbereichen, die ein hohes Verbesserungspotenzial und eine hohe Relevanz für die Versorgung haben, sind zu evaluieren und bei der Weiterentwicklung der Vergütungsregelungen zu berücksichtigen. Dies bedarf valider Indikatoren der Ergebnisqualität und einer ausreichenden Risikoadjustierung. Zudem müssen unerwünschte Nebeneffekte (z. B. Patientenselektion) vermieden werden. Entsprechende Steuerungsinstrumente sollten finanzneutral umgesetzt werden.



**GKV-Spitzenverband**

Reinhardtstraße 30

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

[www.gkv-spitzenverband.de](http://www.gkv-spitzenverband.de)