Abschied von den Kopfpauschalen

Vergütung richtet sich nach „Quali“ et „Morbi“

Die Krankenkassen bezahlen künftig keine Kopfpauschalen als Gesamtvergütung an die KVen mehr, sondern eine morbiditätsorientierte Gesamtvergütung. Damit übernehmen sie das Morbiditätsrisiko. Auch die Qualität entscheidet über die Höhe des Honorars.

— Das Institut des Gemeinsamen Bewertungsausschusses hat keine leichte Aufgabe übernommen. Es ist dabei, die morbiditätsorientierten Pauschalen pro Versichertem in einem „ingenieurmäßigen“ Verfahren – so sein Leiter, der Mathematiker Peter Reschke – zu kalkulieren. Dabei werden neben Alter und Geschlecht für jeden Versicherten die Behandlungsanlässe nach ICD-10-GM und etwaige Zusatzkennzeichnungen zur Diagnosesicherheit erfasst. Reschke spricht von bis zu 500 Diagnosen pro Versichertem und Jahr. Daraus werden zunächst klinisch homogene und anschließend ökonomisch homogene Risikoklassen gebildet, die durch Relativgewichte bewertet werden.

Das sieht im Einzelfall so aus, dass ein Sockelbetrag nach Alter und Geschlecht gebildet wird. Die Patienten erhalten einen oder mehrere Zuschläge je diagnosebezogener Risikoklasse, Versicherte ohne Diagnosen lediglich den Sockelbetrag. Zum Beispiel: Sockelbetrag männlich 50–54 Jahre + Zuschlag Nr. 20 (Diabetes mellitus Typ 1) + Zuschlag Nr. 131 (Nierenversagen) + Zuschlag Nr. 131S (Sachkosten Dialyse) + usw.

Die Krankenkassen vergüten den Vertragsärzten die erbrachten Leistungen innerhalb des Rahmens des vereinbarten Leistungsbedarfs, dem sogenannten Regelleistungsvolumen (RLV). Alle Leistungen werden bis zu einer bestimmten Obergrenze, dem RLV, bezahlt. Darüber hinaus wird ab-

gestaffelt. Leistungen, die medizinisch nicht erforderlich sind, werden ohnehin nicht bezahlt. Andere Leistungen, z.B. für Prävention, werden außerhalb der RLV mit festen Preisen vergütet.

Bis zum 15.11.2008 treffen die Vertragspartner im Bewertungsausschuss Verabredungen über den Punktwert und die morbiditätsorientierte Vergütung sowie den Behandlungsbedarf. Auf dieser Grundlage wird eine regionale Vergütungsordnung (EBM) erstellt. Die KVen weisen den Praxen bis zum 30.11.2008 die jeweiligen RLV zu und geben bekannt, welche Leistungen außerhalb zu welchem Preis vergütet werden.

Wer sich zertifizieren lässt, erhält ein höheres Honorar

Die offiziell ausgegebene Devise „gleicher Preis für gleiche Leistung“ kennt Ausnahmen. So wird es als Anreiz Zuschläge in unterversorgten und Abschläge in überversorgten Gebieten geben. Ganz neu ist die Möglichkeit, die Vergütung nach Struktur- und Ergebnisqualität zu differenzieren. Vorbild ist das „Bayern-Modell“, erläuterte Franz Knieps, Leiter der Abteilung Krankenversicherung im Bundesgesundheitsministerium, auf einem Symposium der Deutschen Gesellschaft für Kassenarztrecht in Berlin. Hier erhalten Vertragsärzte, die bestimmte Qualitätsanforderungen (z.B. in Mammografie, Koloskopie, Gastroskopie, Sonografie) erfüllen und sich zertifizieren lassen, ein höheres Honorar als die nicht zertifizierten Leistungsanbieter.

Die IKK-Direkt ist die erste Krankenkasse, die sich auf das Konzept eingelassen hat und den Vertragsärzten für

Franz Knieps, Bundesgesundheitsministerium.

Foto: Archiv

ihre Leistungen Punktwerte zwischen 5,11 und 6 Cent bezahlt – je nach Qualität. IKK-Direkt-Chef Ralf Hermes spricht von „einem sehr attraktiven Vertrag“, weil er eine feste und klar kalkulierbare Einzelleistungsvergütung bis 6 Cent vorsieht.

Es gibt einen festen Punktwert von 6 Cent für alle Strukturvertragsleistungen sowie gesonderte Punktwerte für be-

stimmte Qualitätsleistungen (etwa Mammografie, Koloskopie etc.). Sämtliche Präventionspauschalen werden auf der Basis von 6 Cent angehoben. Alle übrigen Leistungen werden zwischen 5,11 und 6 Cent vergütet. Die exakte Punktwerthöhe errechnet sich aus dem zur Verfügung stehenden Vergütungsvolumen und der tatsächlichen Leistungsentwicklung.

„Wiedergeburt des KV-Systems“

Für den bayerischen KV-Chef Dr. Axel Munte ist die Umsetzung der Qualitätsförderung nach dem bayerischen Modell im § 136 Abs. 4 SGB V ein persönlicher Erfolg: „Wir haben diese Programme gegen erhebliche Widerstände konzipiert und umgesetzt. Das wird sich mit der Neuregelung nun ändern. Wir haben nun auch für die Zeit nach dem 1. Januar 2009 ein solides Fundament, auf dem wir mit den Krankenkassen über weitere Qualitätsmaßnahmen im Bereich der ambulanten Medizin verhandeln können.“ Aus seiner Sicht könnte diese Entscheidung des Bundestags durchaus eine „Wiedergeburt des KV-Systems“ einläuten.

KLAUS SCHMIDT ■