



**Autor:**  
**Dr. Gerd W. Zimmermann**  
 Facharzt für Allgemeinmedizin  
 Kapellenstraße 9,  
 D-65719 Hofheim

## KBV plant qualitätsorientierte Vergütung im EBM

— Projektziel einer KBV-Initiative ist es, bis Anfang 2010 eine Auswahl und Implementierung ausgewählter Qualitätsindikatoren für die Bildung von Qualitätszuschlägen im EBM für den hausärztlichen und fachärztlichen Versorgungsbereich zu etablieren. Parallel oder in einer zweiten Stufe ist vorgesehen, die Entwicklung von zeitnaher Rückspiegelung der Zielerreichung der Indikatoren an den Arzt und ein Benchmarkingsystem zu etablieren, verbunden mit einer Bundesauswertung zur Anpassung und Evaluation der Indikatoren.

Im hausärztlichen Bereich sind Qualitätszuschläge im EBM als Neufassung im Abschnitt 3.2.2 sowie neue Leistungspositionen im Kapitel 3.2.3 (förderungswürdige Einzelleistungen und Leistungskomplexe) vorgesehen. Die KBV denkt dabei an Indikatoren zur Behandlung der Hypertonie und Herzinsuffizienz, gebunden an

die Chronikerpauschale, sowie Indikatoren zur Demenz- und Depressionsbehandlung, gebunden an die Versichertenpauschale. Honoriert werden soll z.B. das Erreichen von Blutdruckzielwerten, die zuvor kontinuierlich übermittelt wurden. Hierfür sind bereits die Gebührenordnungspositionen 03220–03222 EBM als Zuschläge zur Nr. 03212 EBM reserviert. Dabei sollen die Qualitätszuschläge für die Kassen kostenneutral durch eine entsprechende Absenkung der Bewertung des Chronikerzuschlages nach Nr. 03212 EBM finanziert werden.

**MMW-Kommentar:** Besonders kritisch muss bei dem Vorhaben der KBV die potenzielle Absenkung bestehender Gebührenordnungspositionen, insbesondere vor dem Hintergrund, dass die Einführung von Qualitätsindikatoren mit einem Mehraufwand an Ressourcen verbunden

ist, gesehen werden. Die Maßnahme ist mit einem erheblichen zusätzlichen Dokumentationsaufwand und der Anschaffung neuer EDV-Systeme verbunden. Hinzu kommen zunehmende Kontrollfunktionen des KV-Systems und die damit verbundene potenzielle Gefahr des Missbrauchs von Daten.

Bei der geplanten Auswahl der Indikatoren ist unverständlich, warum Selbstverständlichkeiten wie z.B. Blutdruckwerte gemessen und zusätzlich aufwendig dokumentiert werden sollen. Hauptgewinner eines solchen Systems qualitätsorientierter Vergütung werden allenfalls die Kassen sein, da mit der Einführung solcher Qualitätsindikatoren neue Kontrollmechanismen geschaffen werden, die beispielsweise über Selektivverträge zur „Ärzteselektion“ führen können.

### Regressgefahr

## Verordnungen bei Palliativversorgung nicht selbst tätig

— Der Spitzenverband Bund und die KBV haben sich darauf verständigt, für die Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln im Rahmen von Verträgen zur Sicherstellung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 132 Abs. 1 SGB V die Verwendung der in der vertragsärztlichen Versorgung eingesetzten Vordrucke einzusetzen. Damit diese Verordnungen gesondert erfasst und der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung auch eindeutig zugeordnet werden können, wird an die sog. SAPV-Teams eine eigenständige Betriebsstätten-Nummer vergeben.

**MMW-Kommentar:** Wichtig für den Hausarzt, der nach dem neuen, dafür vorgesehenen Formular die SAPV verordnet, ist, dass er insbesondere die Heil- und Arzneimittelverordnungen nicht selbst tätigt. Das Vergabeverfahren bei der SAPV ist eindeutig geregelt. Die vertragsschließenden Parteien beantragen die Ausstellung einer Betriebsstätten-Nummer bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Die KBV vergibt die Betriebsstätten-Nummer an den Antragsteller und informiert hierüber den GKV-Spitzenverband im Rahmen des üblichen Meldeverfahrens.

Der GKV-Spitzenverband stellt sicher, dass den SAPV-Teams entsprechend ge-

kennzeichnete Vordrucke zur Verfügung gestellt werden. Neben der vergebenen Betriebsstätten-Nummer wird einheitlich die Pseudo-Arztnummer 33333300 auf den Verordnungsvordrucken im Rahmen der Verordnung im Zusammenhang mit der SAPV eingetragen. Dies gilt auch für Hausärzte, die als Vertragspartner im Rahmen der SAPV tätig werden.

Das Ausfüllen des Formulars kann extrabudgetär nach Nr. 40860 (Erstverordnung, 25 Euro, einmal im Behandlungsfall) bzw. nach Nr. 40862 (Folgeverordnung, 15 Euro, maximal zweimal im Behandlungsfall) berechnet werden.