

Antwort der kassenärztlichen Vereinigung Bayerns, Mail vom 03.03.2021

Frage: Liegen Ihnen generelle Informationen vor zum Thema höhere Vergütung/zusätzliche Vergütung der ärztl. Kollegen bei (zeitlichem/personellen) Mehraufwand für Patient*innen mit besonderen Bedürfnissen, gibt es auch hier Ansprechpartner bei der KV ?

Antwort: Es gibt im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung eine Vielzahl an Regelungen, die die Versorgung von Versicherten mit besonderen Bedürfnissen berücksichtigt.

1) Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM):

Nach dem Fünften Buch des Sozialgesetzbuches (§ 87 SGB V) sollen die im EBM aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung als Versichertenpauschalen abgebildet werden. Mit ihnen sollen die gesamten im Abrechnungszeitraum regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich der anfallenden Betreuungs-, Koordinations- und Dokumentationsleistungen vergütet werden. Für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen, sind im EBM Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorzusehen. Auch die fachärztlichen Leistungen sind als Grund- und Zusatzpauschalen abzubilden, auch hier sollen mit den Grundpauschalen die regelmäßig oder sehr selten und zugleich mit geringem Aufwand von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachten Leistungen vergütet werden. Einzelleistungen sollen vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten bei Veranlassung und Ausführung der Leistungserbringung erforderlich ist.

Diesen Vorgaben folgend sind im EBM auch Leistungen für aufwändigere Behandlungen je nach Krankheitsbild abgebildet. Hier ein paar Beispiele:

- Chronikerzuschlag - Zuschlag zu der hausärztlichen Versichertenpauschale für die Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung
- Schweregradzuschläge bei Notfallpatienten, die aufgrund der Art, Schwere und Komplexität der Erkrankung einer besonders aufwändigen Versorgung bedürfen
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV-infizierter Patienten
- Spezialisierte geriatrische Diagnostik
- Palliativmedizinische Versorgung

Die Bewertungen der ärztlichen Leistungen des EBM wurden auf betriebswirtschaftlicher Grundlage mittels eines Standardbewertungssystems (StaBS) kalkuliert. Dabei setzt sich die Bewertung einer Leistung im EBM aus einem ärztlichen Leistungsanteil (AL) und einem technischen Leistungsanteil (TL) zusammen. Im ärztlichen Leistungsanteil spiegeln sich dann solche Faktoren wie der Arztlohn und die angenommene Kalkulationszeit für die Leistung wider. Im technischen Leistungsanteil sind Faktoren wie die Praxiskosten (z.B. Personalkosten, Praxismiete oder Versicherungsprämien), aber auch die Kosten für ein technisches Gerät enthalten. Der technische Leistungsanteil wurde basierend auf Kostenerhebungen, Expertenschätzungen und steuerlichen Aufwands-Ertrags-Rechnungen kalkuliert.

Ein gewisser Anteil an zeitlichem und personellem Aufwand auch für Patienten mit besonderen Bedürfnissen sind somit in die allgemeine Bewertung der Gebührenordnungspositionen des EBM eingeflossen.

2) Weitere Verträge/Regelungen auf Bundesebene:

Neben der Vergütung der ärztlichen Behandlung nach dem EBM gibt es viele ergänzende Regelungen auf Bundesebene für Patienten mit besonderen Bedürfnissen. Beispiele:

- Sozialpsychiatrievereinbarung (Anlage 11 des Bundesmantelvertrages Ärzte): zur Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Hier werden dem an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt zusätzlich zum EBM der besondere Aufwand bei der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit der multiprofessionellen Betreuung erstattet, insbesondere die Kosten, die dem Arzt für die Beschäftigung der besonderen Mitarbeiter entstehen.
- Onkologie-Vereinbarung
- Disease-Management-Programme (DMP) nach § 137f Absatz 1 und 2 SGB V
- ASV nach § 116b SGB V (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung; Behandlungsangebot für Patienten, die an einer seltenen oder schweren Erkrankung mit besonderem Krankheitsverlauf leiden, durch interdisziplinäre Ärzteteams in Praxen und Kliniken)
- diverse Versorgungskonzepte der KBV <https://www.kbv.de/html/100.php>

3) Regelungen der KVB:

Auch auf Landesebene

- Förderung bestimmter Leistungsbereiche auf Grundlage des § 87a Abs. 2 S. 3 SGB V im Rahmen des Honorarvertrages, z. B. für die Betreuung wohnungsloser Versicherter in der Stadt München, für Gespräche bei Patienten mit frühkindlichem Autismus, atypischem Autismus oder dem Asperger-Syndrom, für die Betreuung von Neudiabetikern.
- Ergänzend zur Regelversorgung hat die KVB zudem mit einzelnen Krankenkassen so genannte Selektivverträge, insbesondere auf Basis des § 104a SGB V, zur Stärkung besonderer ambulanter Versorgungsangebote abgeschlossen.

Mit dem Thema der Barrierefreiheit hatte sich die KBV schon im Jahr 2013 auseinandergesetzt, siehe <https://www.kbv.de/html/barrierefreiheit.php>. Lt. den Dokumentationen setzte sich die Kassenärztliche Bundesvereinigung dafür ein, dass über die Kreditanstalt für Wiederaufbau (KfW) ein Förderprogramm „barrierearmes Gesundheitswesen“ unter anderem für den Neu- und Umbau barrierefreier Arztpraxen aufgelegt wird (Dokumentation Fachtagung "Barrieren abbauen", Gutachten zu Investitionen in eine barrierearme Arztpraxis)