



Kassenärztliche  
Bundesvereinigung  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

# Kooperation statt Separation – Gesundheitspolitische Vorschläge der KBV zur Neuausrichtung der ambulanten medizinischen Versorgung

**BDPK Bundeskongress 2010**

am 17. Juni 2010 in Berlin

# Erwartungen

- Vor dem Hintergrund der Koalitionsvereinbarung werden von der KBV/den KVen folgende Gesetzesänderungen erwartet.
- Ziele:
  - Erhalt einer flächendeckenden rund-um-die-Uhr-Versorgung gesetzlich Versicherter auf **hohem Qualitätsniveau** auf der Grundlage einer haus- und **fachärztlichen wohnortnahen Versorgung** und **einer spezialisierten fachärztlichen ambulanten Versorgung** mit **homogener Schnittstelle zur stationären Versorgung**
  - Sinnvolle Wettbewerbsordnung
  - Verbesserung der Effizienz und Transparenz des KV-Systems

# Finanzierung der GKV

- Für das Jahr 2010 bleibt die Finanzierung der GKV unverändert (Gesundheitsfonds, Morbi-RSA, Zusatzbeträge)
- Ab 2011 Reform der Finanzierung nach folgenden Eckpunkten:
  - Vereinfachung und Reduktion des Morbi-RSA, wobei unklar ist, was das tatsächlich bedeutet?
  - Fixierung des Arbeitgeberanteils?
  - **Wiederherstellung einer (begrenzten) Beitragsautonomie der Krankenkassen, regionaler Differenzierungsmöglichkeiten und einkommensunabhängigen Arbeitnehmerbeiträgen?**
  - Noch in Diskussion befindliche Maßnahmen zur Kostendämpfung

# Konsequenzen aus der geplanten teilweisen Beitragsautonomie

- Verbindliche Rahmenvorgaben zur Bestimmung der Höhe der MGV durch Bewertungsausschuss (BA)
- Regionale kassenspezifische Spielräume, zu denen der BA keine Festlegung treffen kann
- Wirtschaftskraft des jeweiligen Bundeslandes spielt bei der Vereinbarung kassenspezifischer Kollektiv- und Selektivverträge wieder eine Rolle
- (Wie) können die im Zusammenhang mit der vertragsärztlichen Vergütungsreform als zweiter Schritt nach erfolgter Preisvereinheitlichung diskutierten „Aufteilungsmodelle“ zur Vereinheitlichung der Leistungsmenge der versicherten- und morbiditätsspezifischen Gesamtvergütungen vor diesem Hintergrund umgesetzt werden?

# Konsequenzen aus der geplanten teilweisen Beitragsautonomie

- Gestaltungsspielräume auf Landesebene bei der Festlegung der Höhe der Gesamtvergütungen müssen deutlich erweitert werden
  - Modifizierung von MGV und EGV möglich
    - Bei regionaler Modifikation ist auch eine Entwicklung „nach unten“ möglich!
  - Zusätzliche kassenspezifische Verträge möglich
    - Direkte Konkurrenz zu anderen „Wettbewerbsverträgen“
- Die Wiederherstellung der Honorarverteilungsautonomie der KVen ist in diesem Zusammenhang unumgänglich!

# Stärkung der Freiberuflichkeit

- Freiberuflichkeit als tragendes Prinzip sichert die Therapiefreiheit
- Freie Arztwahl als Basis für das notwendige Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient
- Durch Bürokratieabbau muss der Arzt von patientenfernen Tätigkeiten entlastet werden!
- MVZ werden durch Einschränkungen bei Trägerschaft und Stimmenmehrheit deutlich stärker als primär ärztliche Kooperationsstrukturen ausgerichtet

# Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen

Klare Perspektive zur Ordnung der Schnittstelle zwischen Kollektivvertrag und Selektivverträgen?

Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und FDP

## 3976 Ärztliche Versorgung und freier Arztberuf

- 
- 
- 

4015 Wir werden nach drei Jahren feststellen, wie viele  
Hausarztverträge deutschland-

4016 weit abgeschlossen worden sind.



# Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen

- Das ungeordnete Gegeneinander von Kollektiv- und Selektivverträgen darf so nicht bestehen bleiben!
- § 73 b SGB V wird nach der Koalitionsvereinbarung wohl vorerst Bestand haben
- Formulierung („Wir werden nach drei Jahren feststellen, wie viele Hausarztverträge deutschlandweit abgeschlossen worden sind“) greift eindeutig zu kurz

Bereinigungsbeschluss im Bewertungsausschuss musste gefasst werden, um Schlimmeres (z.B. durch völlig unterschiedliche und unpraktikable Schiedsentscheidungen) zu verhindern

# Verhältnis von Kollektiv- zu Selektivverträgen

- Beteiligung der KVen an Verträgen gem. § 140 a ff. SGB V wird eingefordert

# Vergütung im Kollektivvertrag

- Rückkehr zur Einzelleistungsvergütung ist möglich
- Einfaches und transparentes Vergütungssystem unter Beibehaltung des Sachleistungssystems
- Stärkung der Kostenerstattung
- Qualitätsorientierte Vergütung wird weiterentwickelt

Vorschlag: Neustrukturierung EBM, neue Steuerung

Bei den belegärztlichen Leistungen, dem ambulanten Operieren und den stationersetzenden Leistungen ist eine Homogenisierung zwischen dem ambulanten und dem stationären Vergütungssystem notwendig

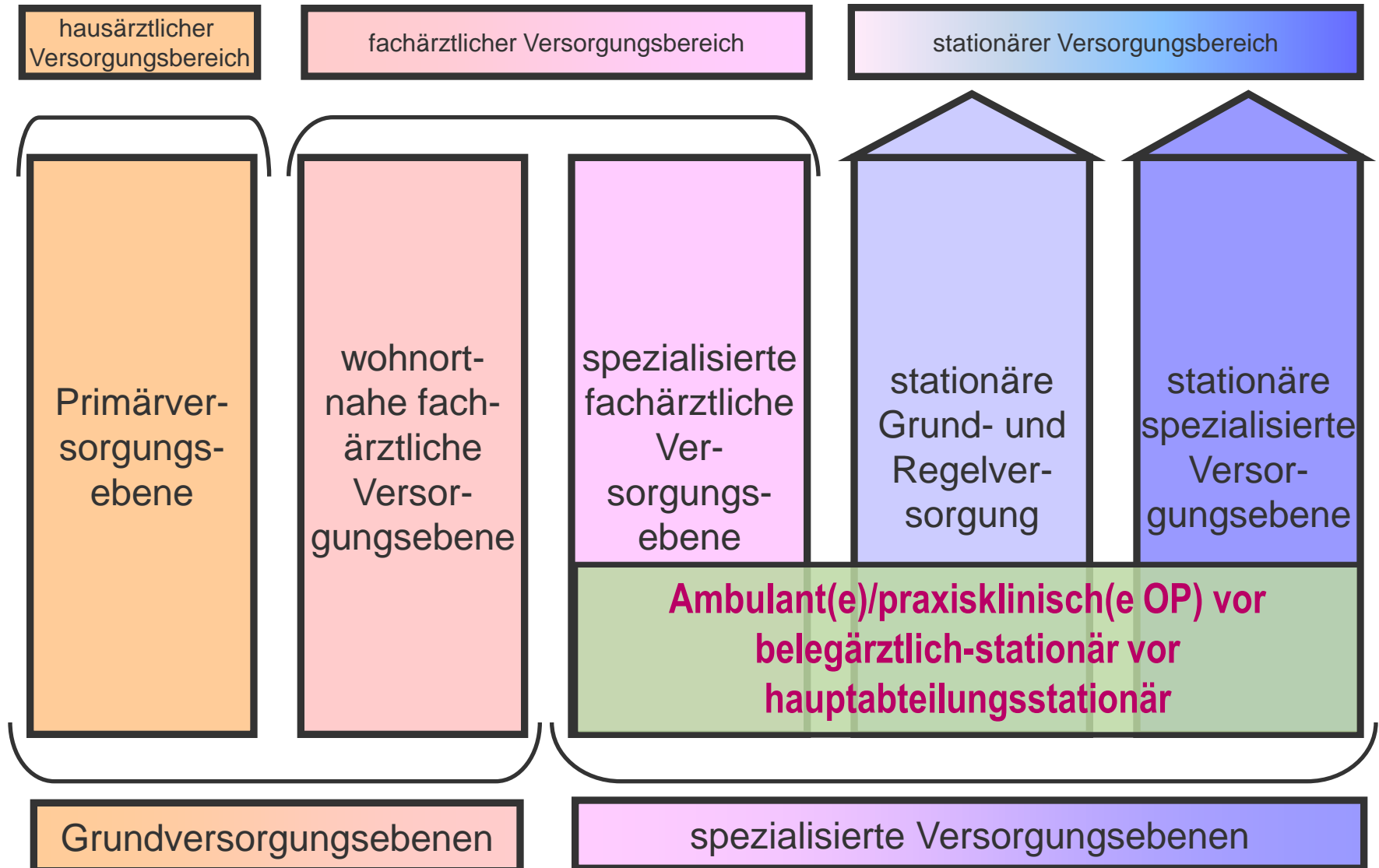
# Krankenhäuser

- Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird fortgesetzt
- „Dabei ist es unser Ziel, das bestehende Belegarztsystem beizubehalten und zu stärken“
- § 116 b SGB V wird „kritisch überprüft und ggf. präzisiert“

# Wie könnte die Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle nach der Gesundheitsreform aussehen?

- Versorgungsebenenmodell der KBV sieht eine Neugliederung der Versorgung in
  - Grundversorgung, bestehend aus der
    - hausärztlichen und
    - der fachärztlichen wohnortnahen Grundversorgung
  - Spezialisierte fachärztliche Versorgung
  - Stationäre Versorgung

# Versorgungsebenenmodell der KBV



# Wie könnte die Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle nach der Gesundheitsreform aussehen?

- Bildung eines für Vertragsärzte und Krankenhäuser einheitlichen Versorgungsbereichs für die „spezialisierte ambulante, teil- und kurzstationäre fachärztliche Versorgung“ gemäß § 115b SGB V „neu“
- dreiseitige Vereinbarung des Leistungskatalogs zwischen KBV, DKG und GKV-Spitzenverband auf Basis der Kataloge nach § 115b SGB V „alt“ (unter Streichung dort enthaltener Leistungen der wohnortnahen fachärztlichen Versorgungsebene) und § 116b SGB V sowie teilstationärer und praxisklinischer Leistungen
- einheitliche Regelung der Innovationsfinanzierung für Vertragsärzte und Krankenhäuser im Rahmen der laufenden Systempflege

# Wie könnte die Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle nach der Gesundheitsreform aussehen?

- Finanzierung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung bzw. außerhalb des DRG-Erlösbudgets der Krankenhäuser
- einheitliche monistische Finanzierung über indikationsbezogene EBM/DRG-Leistungspauschalen (Zusammenführung aus der EBM- und Tages-DRG/Zusatzentgelt-Kalkulation unter Erhalt der Aufwandskategorisierung der Kap. 31 und 36 EBM) im ambulanten und tagesstationären Fall
- Sonderregeln für Fälle mit Kombination mehrerer Katalogleistungen
- ergänzende Qualitätsanreize durch indikatorenbezogene Zuschläge

# Wie könnte die Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle nach der Gesundheitsreform aussehen?

- Im stationären Fall (Krankenhaus oder praxisklinisch-kurzstationär) kann zusätzlich zur EBM-Leistungspauschale eine zur Aufwandskategorie der Katalogleistung passende DRG-Pauschale (gleiche Bewertung für Haupt- und Belegabteilungen unter Berücksichtigung von Wirtschaftlichkeitsanreizen zu Gunsten der ambulanten, praxisklinisch-kurzstationären und belegärztlich-stationären Versorgung) berechnet werden.
- Schaffung einer mit dem pauschalierenden Entgeltsystem nach § 17d KHG kompatiblen Regelung für die spezialisierte fachärztliche psychiatrische und psychosomatische ambulante, teil- und kurzstationäre Versorgung mit einheitlicher Leistungsvergütung für Vertragsärzte, Krankenhäuser, PIAs und sozialpädiatrische Zentren mittels indikationsbezogener Tagespauschalen

# Wie könnte die Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle nach der Gesundheitsreform aussehen?

- Die bisherige ambulante Bedarfsplanung und die Krankenhausplanung sind nicht kompatibel, schon wegen der unterschiedlichen Planungseinheiten: Arztköpfe versus Betten.
- Aus diesem Grunde und im Sinne einer Patientenorientierung wird von der isolierten Betrachtung des Krankenhauses und des Vertragsarztes abgegangen, indem die gesamte Versorgung in einer Region in einem integrierten Ansatz (sektorenübergreifende Versorgungsplanung) betrachtet wird.

# Wie könnte die Versorgung an der ambulant-stationären Schnittstelle nach der Gesundheitsreform aussehen?

- Dazu wird ein Versorgungsplan spezialisierter fachärztlicher Versorgung erstellt, der
  - den ambulanten spezialisierten fachärztlichen Bereich und
  - den stationären Bereich umfasst.
- Als neue Planungseinheit sollte die Leistungskapazität pro Indikation Verwendung finden.
- Ziel: Sicherstellung einer bedarfsgerechten, qualitativ hochwertigen, effizienten und gleichwertigen Versorgung durch eine auf Indikationen gestützte sektorenübergreifende Versorgungsplanung.

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit