

**Neue Vertragssysteme und neue
Vergütungsregeln im ambulanten Bereich:
Spielen Krankenhäuser in Zukunft noch eine
Rolle?
Wie gestaltet sich die Welt ab 2009?**

**Gabriela Leyh
Leiterin der Landesvertretung Berlin des VdAK/AEV**

Agenda:

1. **Vertragsärztliche Vergütung**
 - **Historie, Ziele, Bestandteile, Grundstruktur**
 - **Morbiditätsorientierte Vergütungen**

2. **Gesundheitsfonds und Morbi-RSA**
 - **Auswirkungen**

3. **Neue Vertragssysteme**
 - **Bestandsaufnahme und Perspektiven**

4. **Rolle der Krankenhäuser**
 - **im Kontext neuer Vertragsformen**

5. **Ausblick**

1. Vertragsärztliche Vergütung

Historie:

- ⇒ **Kopfpauschalensystem (mitgliederbezogen) mit dem GSG 1993 eingeführt (§ 85 SGB V) bzw. modifiziert**
- ⇒ **Keine strukturelle Weiterentwicklung seit 1993**
- ⇒ **Kopfpauschalen haben keinen Bezug mehr zur Versichertenstruktur/Morbidität der einzelnen Krankenkasse!**
- ⇒ **Leistungs- und vergütungspolitische Wettbewerbsverzerrung**
- ⇒ **Möglichkeiten zu effizientem Vertrags- und Versorgungsmanagement über Selektivverträge gering**

1. Vertragsärztliche Vergütung

Ziele der Honorarreform Ärzte 2008 – 2011:

- ⇒ Ablösung der bisherigen Budgetierung (= mitgliederbezogene Kopfpauschalen)
- ⇒ Schaffung einer Gebührenordnung in € mit festen Preisen und integrierter Mengensteuerung
- ⇒ Übertragung des Morbiditätsrisikos auf die Krankenkassen
- ⇒ Mehr Verteilungsgerechtigkeit zwischen den Ärzten
- ⇒ Neuadjustierung der kassenseitigen Gesamtvergütungen („Gleiches Geld für gleiche Leistung“)
- ⇒ Abbau von (*Über- und*) Unterversorgung durch finanzielle Anreize

1. Vertragsärztliche Vergütung

Bestandteile der Honorarreform (2008 – 2011)

- ⇒ **EBM-Reform zum 01.01.2008**
 - Hausärzte: Versichertenpauschalen
 - Fachärzte: Grund- und Zusatzpauschalen
Diagnosebezogene Fallpauschalen (2011)

- ⇒ **Bundeseinheitlicher Orientierungswert zum 01.01.2009**

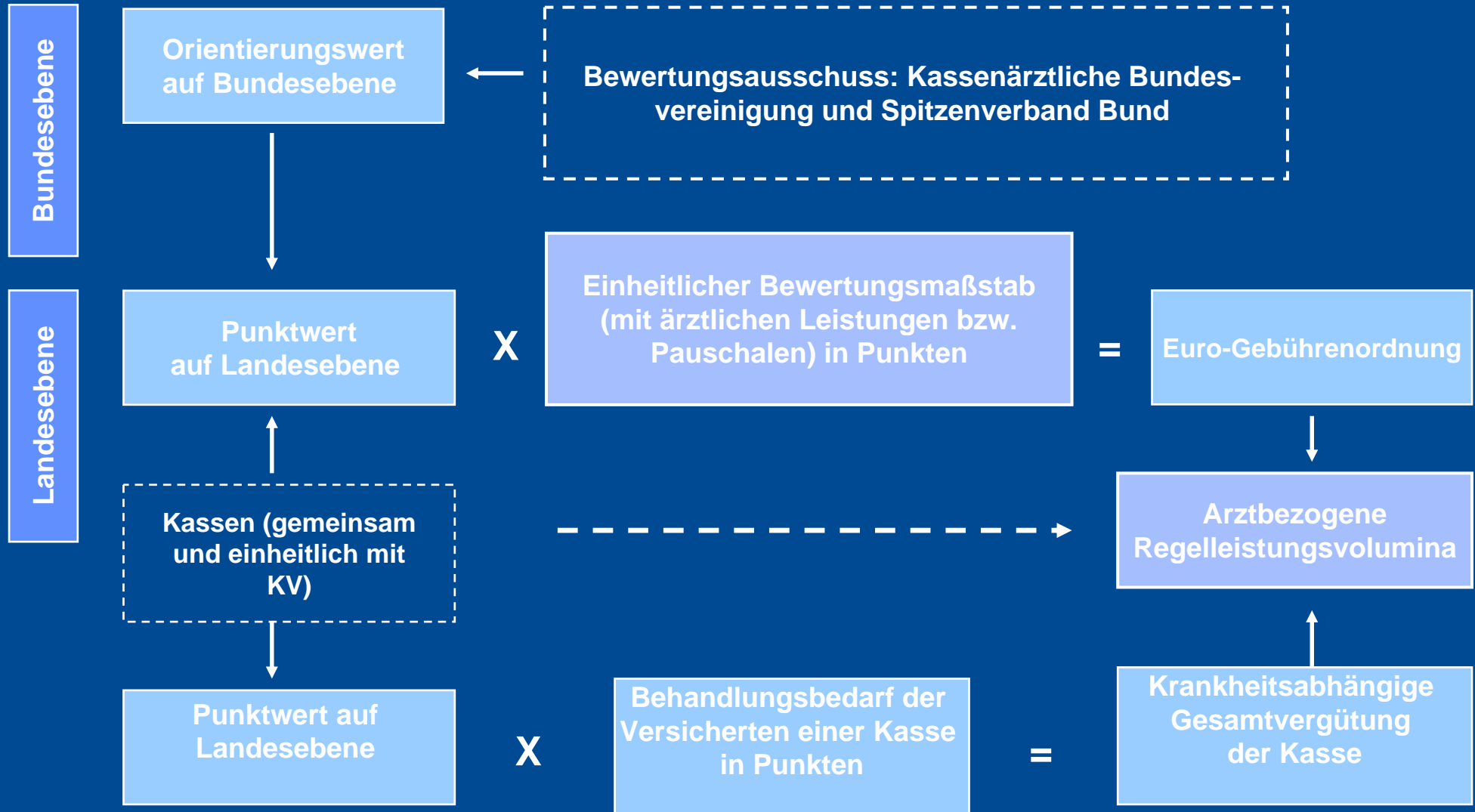
- ⇒ **Vereinbarung eines Punktwerts auf Landesebene zum 01.01.2009**

- ⇒ **Vereinbarung über die Höhe des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs für alle Versicherten (WOP)**

- ⇒ **Bestimmung von Veränderungen der Morbiditätsstruktur mit Hilfe eines Patientenklassifikationsverfahren (PKS = Grouper)**

- ⇒ **Arzt- und praxisbezogene Regelleistungsvolumina (= Mengensteuerung)**

Grundstruktur der Vergütung ambulanter Leistungen ab 2009:



1. Morbiditätsorientierte Vergütungen

Was ändert sich?

Heute:

Krankenkasse zahlt mit befreiender Wirkung
Kopfpauschale je Mitglied + extrabudgetäre Leistungen
(z. B. Prävention, Methadon-Substitution, AOP)

Zukünftig:

Krankenkasse zahlt *mit befreiender Wirkung*
 Σ Morbiditätsorientierten Behandlungsbedarf aller
Versicherten (vorhersehbar+ nicht-vorhersehbar)

X

Orientierungswert (Landeseinheitlicher GKV-Punktwert)
+ Separate Leistungen (Vergütung unterschiedlich)

1. Morbiditätsorientierte Vergütungen (Behandlungsbedarf)

Morbiditätsbedingter Behandlungsbedarf

- ⇒ Der morbiditätsbedingte Behandlungsbedarf orientiert sich am Gesundheitszustand eines Versicherten im Basiszeitraum (Patientenklassifikation auf Basis von Alter, Geschlecht und Diagnosen)
- ⇒ Basis für die Risikobewertung bildet ein Patientenklassifikationsverfahren (PKS = Grouper)
- ⇒ Abbildung der individuellen Risikoklassifikation mit Relativgewichten
- ⇒ Grundprinzip: Basiswert (\emptyset Leistungsbedarf je GKV-Versicherten) + Risikozuschläge (nach PKS)

2. Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

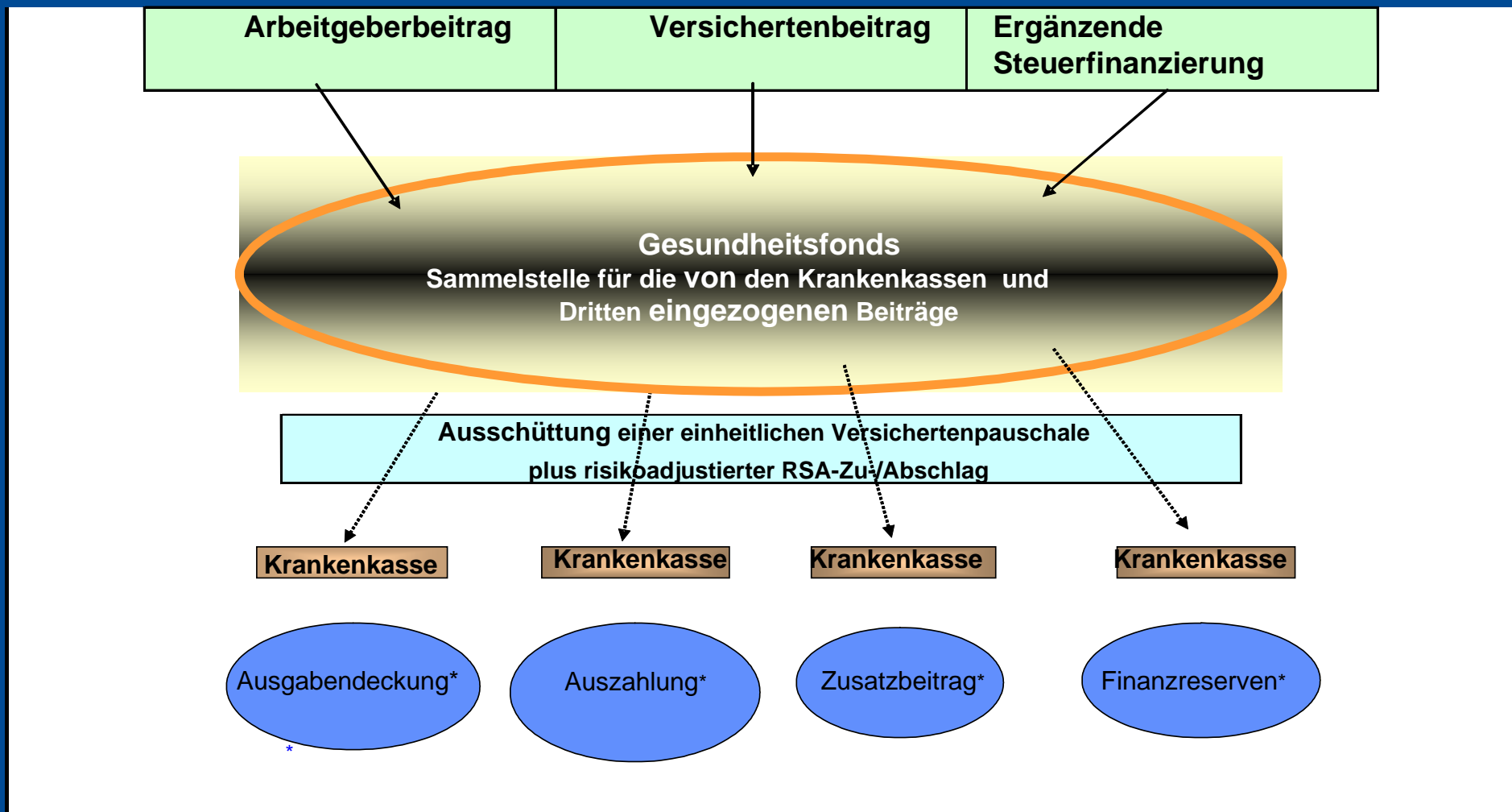
Externe Rahmenbedingungen:

- ⇒ Einführung des Gesundheitsfonds zum 01.01.2009:
 - Krankenkassen verlieren Beitragshoheit (= staatlich festgesetzter Einheitsbetrag für jede Krankenkasse)
 - Kassenspezifische Über-/Unterdeckungen führen zu Zusatzbeiträgen oder Prämien (in €) pro Kasse
 - Trend zur Vereinheitlichung sowie einseitiger Preis- bzw. Beitragsorientierung

- ⇒ Kernfragen: Welche finanziellen Mittel *kalkuliert/verspricht* die Politik für die vertragsärztliche und Krankenhaus-Versorgung ?

- ⇒ Verteilung der Gelder an Krankenkassen über Morbi-RSA

2. Gesundheitsfonds und Morbi-RSA



2. Gesundheitsfonds und Morbi-RSA

Kassen

- a. mit Zusatzbeitrag
- b. zwischen Ausgabendeckung und Finanzreserven
- c. mit Prämienausschüttung

mögliche Auswirkungen auf den Vertragswettbewerb:

- ⇒ Unsicherheiten bei Kassen über Finanzausstattung
- ⇒ Finanzielle Reichweite innovativer Vertragsformen ggf. begrenzt
- ⇒ ggf. gedämpfte Risikoneigung
- ⇒ Übergangsphase bis sich der Markt neu strukturiert hat

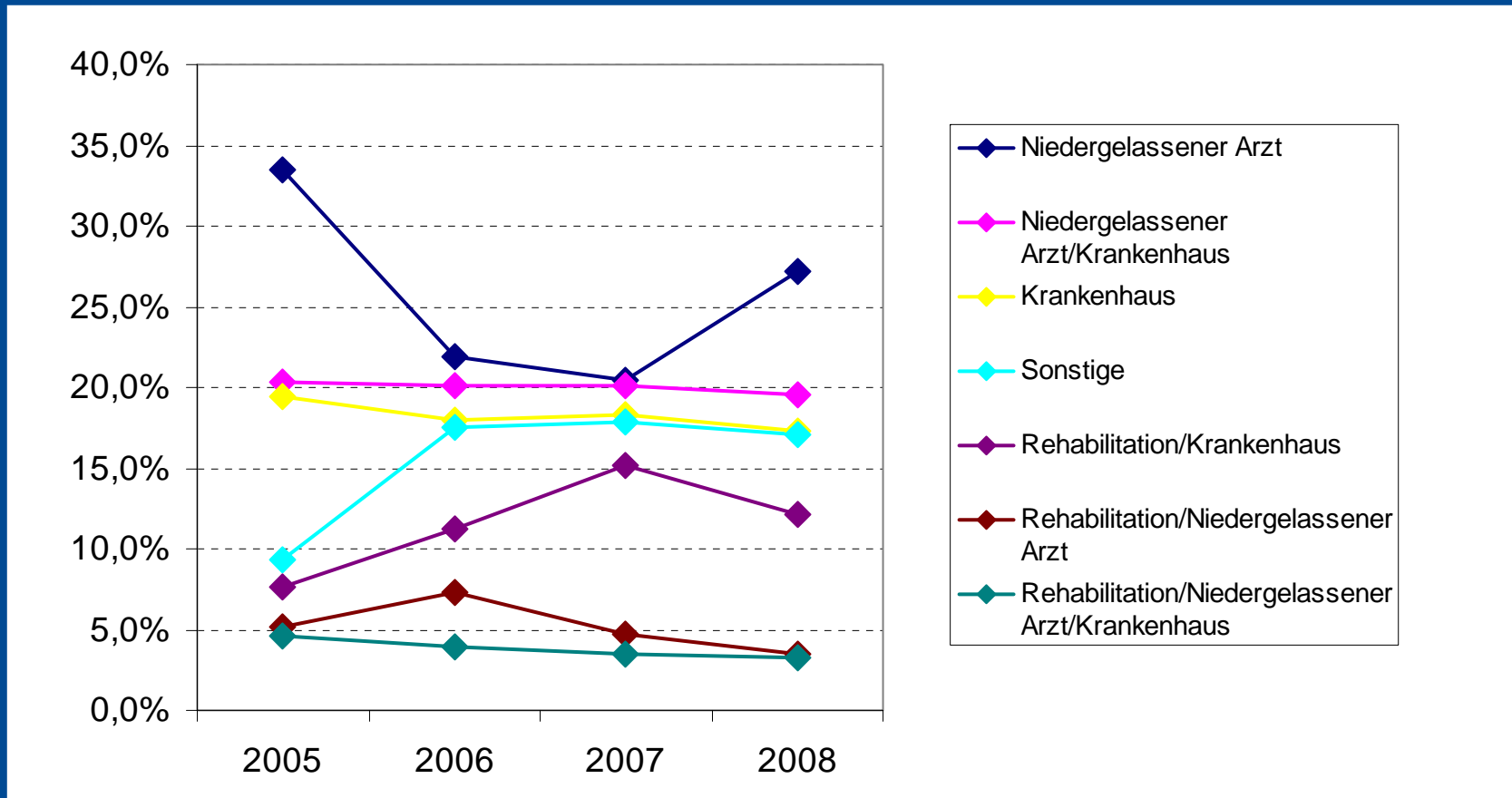
3. Neue Vertragssysteme

⇒ § 140 a – d (Integrierte Versorgung):

- **Verträge sollen bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen**
- **Arzneimittelversorgung soll über Rabattverträge erfolgen**
- **Einbeziehung der Pflegeversicherung**
- **Einbeziehung von § 116b-Leistungen**
- **Budgetbereinigung bei „Substitutionsleistungen“
(Krankenkassen liefern Daten zur Budgetbereinigung an GV-Partner)**
- **IV-Tarife für Kassen möglich (§ 53 Abs. 3 SGB V)**

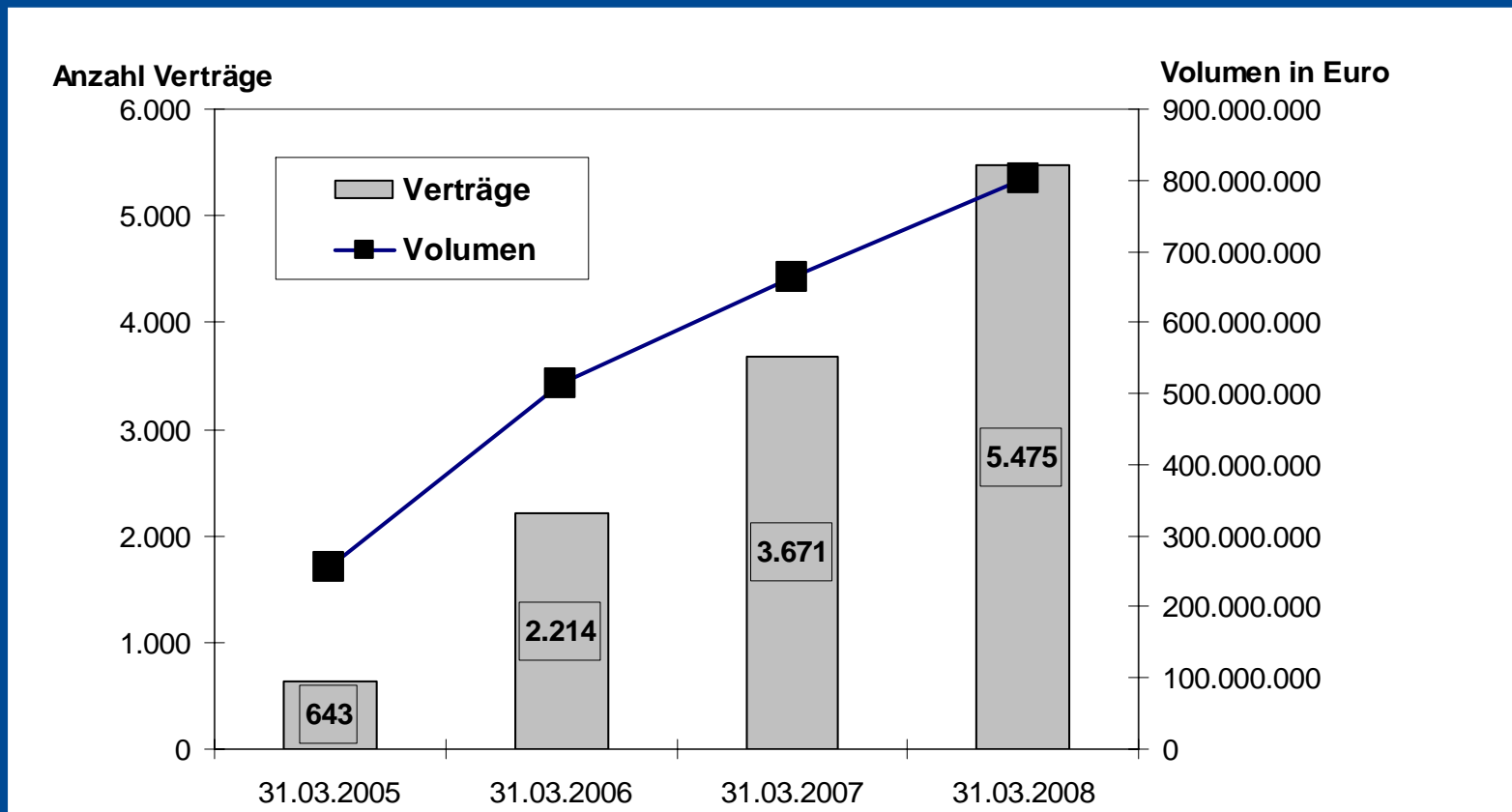
3. Neue Vertragssysteme

Verträge der gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung nach Vertragspartner-Kombination Bund (Quelle: BQS:)



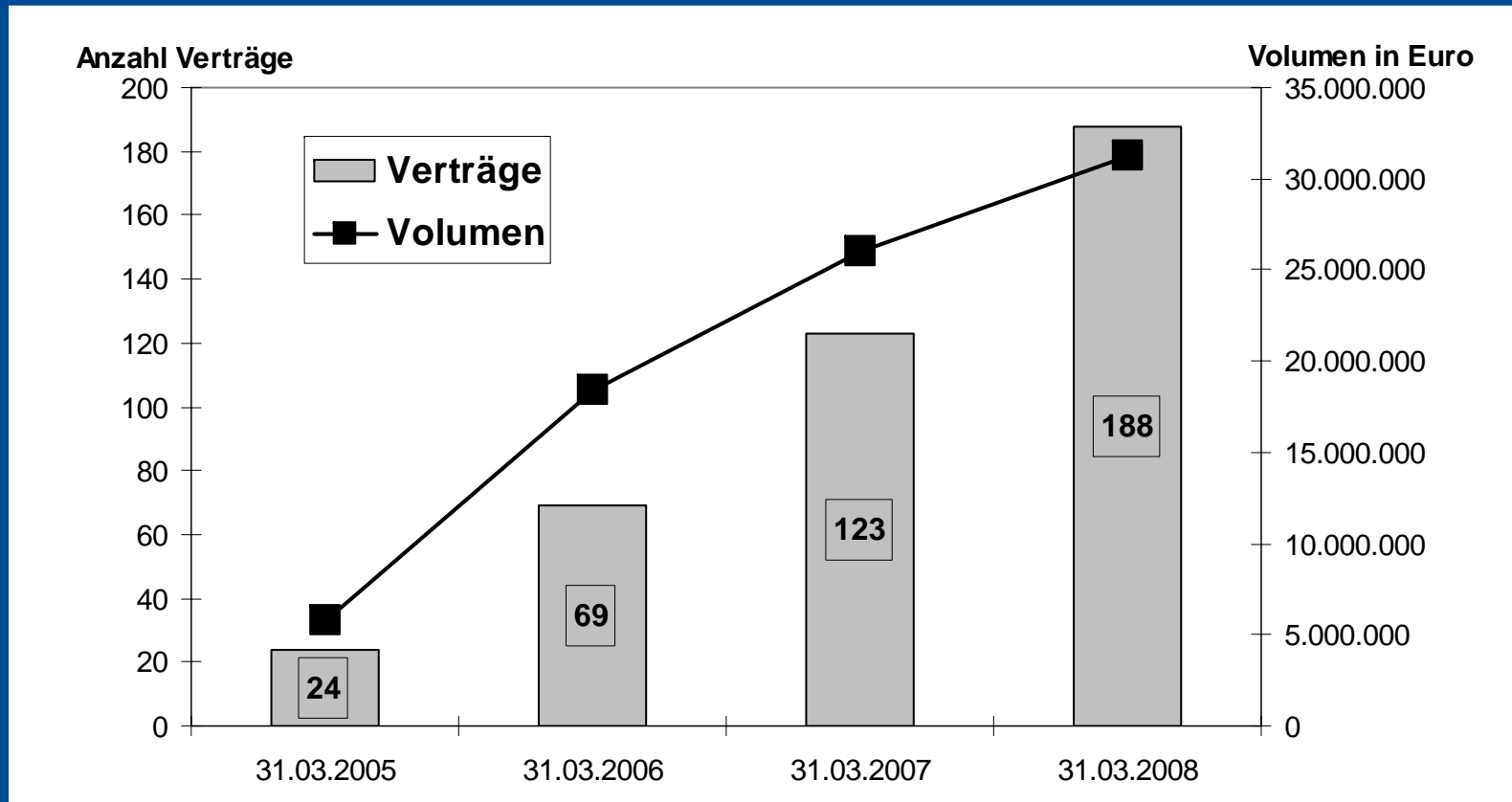
3. Neue Vertragssysteme

Verträge und Volumen der gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung Bund (Quelle: BQS:)



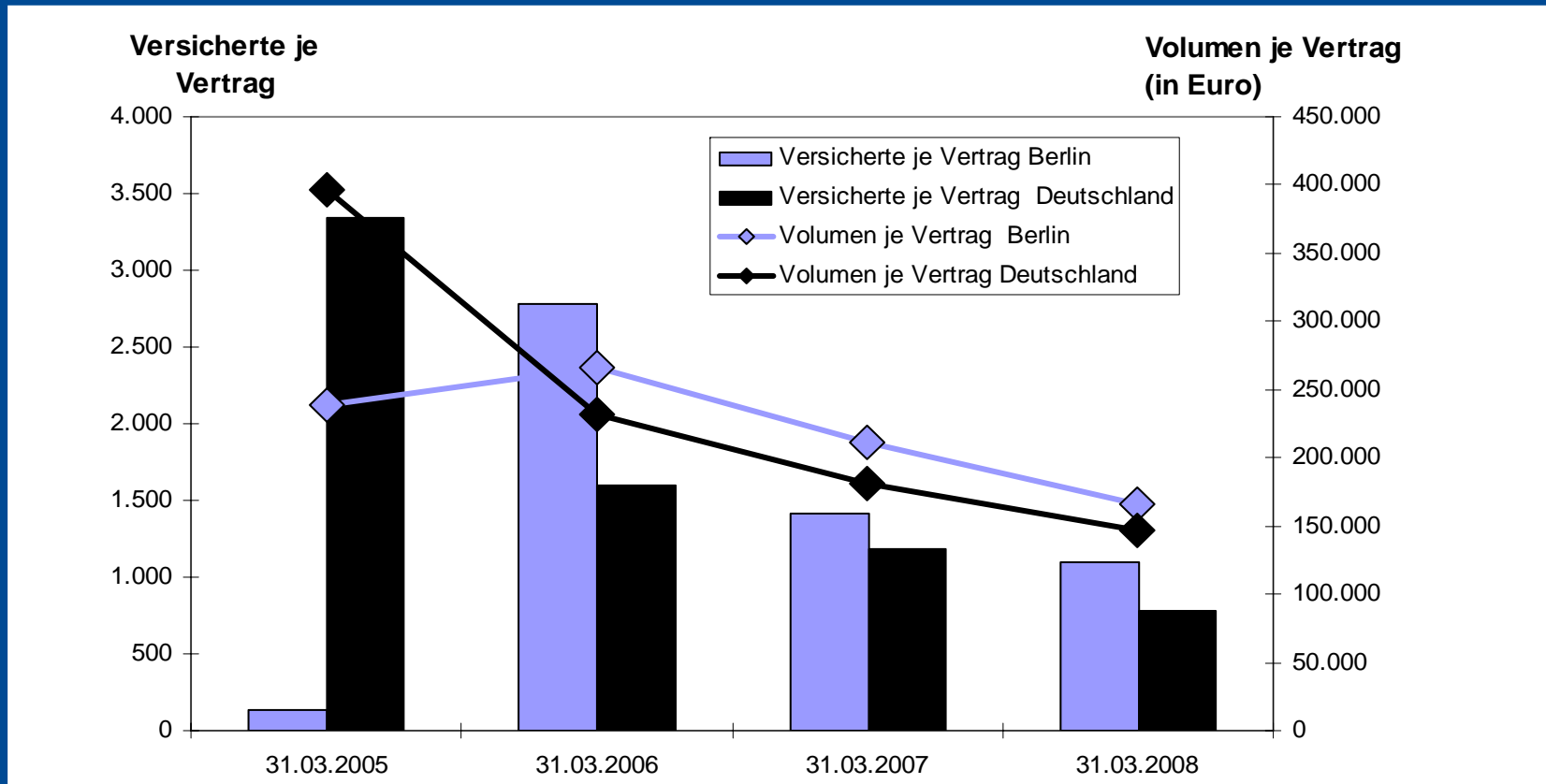
3. Neue Vertragssysteme

Verträge und Volumen der gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung Berlin (Quelle: BQS:)



3. Neue Vertragssysteme

Volumen und Versicherte je Vertrag der gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung, Bund und Berlin (Quelle: BQS:)



3. Neue Vertragssysteme

§ 140 a – d (Integrierte Versorgung): Zwischenfazit

⇒ 2008: Ende der Anschubfinanzierung, Verträge auf dem Prüfstand!

⇒ 2. Generation: Pharma-, Software- und Medizintechnikkonzerne über

- Lieferverträge an bestehenden IV-Projekten
- Modellvorhaben
- Beteiligung an Managementgesellschaften

- populationsbezogene Verträge

- Beteiligung an finanziellen Steuerungseffekten

Verantwortung (Verordnungsverhalten: Arzneimittel, Krankenhaus)

3. Neue Vertragssysteme

Auszüge:

⇒ § 73 b (Hausarztzentrierte Versorgung)

- Krankenkassen haben HZV-Verträge anzubieten
- Einschreibemodell (1 Jahr Bindung für Versicherten)
- Vertragspartner: Leistungserbringer und deren Gemeinschaften, Trägerorganisationen, KVen (bei Ermächtigung)
- Budgetbereinigung bei „Substitutionsleistungen“
- Hausarzttarife für Kassen möglich (§ 53 Abs. 3 SGB V)

⇒ § 73 c (Besondere ambulante ärztliche Versorgung)

- Krankenkassen können Verträge anbieten
- Einschreibemodell (1 Jahr Bindung für Versicherten)
- Vertragspartner: Leistungserbringer und deren Gemeinschaften, Trägerorganisationen, KVen ohne Ermächtigung
- Budgetbereinigung bei „Substitutionsleistungen“
- Facharzttarife für Kassen möglich (§ 53 Abs. 3 SGB V)

3. Neue Vertragssysteme: § 73 c – Beispiel Kassel

- ⇒ Öffentliche Ausschreibung des VdAK/AEV zu § 73 c Abs. 3 SGB V
(Besondere ambulante ärztliche Versorgung)
- ⇒ Region: Stadtgebiet Kassel, Landkreis Kassel, Schwalm-Eder-Kreis
(Ersatzkassenversicherte mit Wohnsitz in dieser Region)
- ⇒ Sicherstellung der gesamten ambulanten ärztlichen Versorgung bei
Kassen + Zusatzleistungen
- ⇒ Anbieter: MVZ + Kooperationspartner (optional)
- ⇒ Vergütung = Kollektivvertragliche Regelungen + gesonderte
Vergütungsmöglichkeiten für Zusatzleistungen
- ⇒ Operativer Start: Sommer 2008
- ⇒ Angestrebte Einschreibungen: bis 2.000 Versicherte

3. Neue Vertragssysteme: § 73 b – Umsetzung

- ⇒ **Obligatorischer Charakter**
- ⇒ **Ca. 55 Hausarztmodelle**
- ⇒ **Fast 6 Millionen Versicherte eingeschrieben**
- ⇒ **Verträge teilweise ausschließlich zwischen Kassen und KV´n**
- ⇒ **Verträge teilweise zwischen Kassen und KV´n unter Beteiligung von freien Ärzteverbänden**

- ⇒ **Verträge müssen wirtschaftlich sein!**
 - **Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven**
Arzneimittel, Krankenhaus, Überweisungen
 - **bestimmte Anzahl der teilnehmenden Ärzte und Versicherten**
 - **Vorteile für Versicherte!**

4. Rolle der Krankenhäuser

⇒ „Lichter aus im Krankenhaus? Spar-Diktat der Politik bedroht die Kliniken“ (Aktionsbündnis Rettung der Krankenhäuser)

⇒ Das Ergebnis einer repräsentativen Befragung des Deutschen Krankenhaus Instituts (DKI) zu der wirtschaftlichen Lage der Krankenhäuser weist von 2003, dem Jahr der DRG-Einführung, bis zum Jahr 2006 folgende Entwicklung auf:

Im Jahre 2006 realisierten ca. 70 % der Kliniken einen Jahresüberschuss oder ein ausgeglichenes Ergebnis. 28 % der Krankenhäuser wiesen einen Jahresfehlbetrag aus. Im Jahr 2003 lag der Anteil der Häuser mit einem Verlust noch bei 44 %.

Fazit: Von einer generellen Notsituation kann datenbasiert keine Rede sein!

4. Rolle der Krankenhäuser

Verzerrter Wettbewerb gegenüber niedergelassenen Fachärzten:

- ⇒ **Duale Finanzierung**
 - ⇒ **Unterschiedliche Vergütung**
 - ⇒ **Grenze von ambulant und stationär wird durchlässiger**
 - § 116b SGB V, MVZ
 - ⇒ **Qualitätsvergleiche, Klinikführer**
-
- ⇒ **künftige Rolle des Facharztes: Zentrale Steuerungsfunktion zwischen hausärztlicher und hochspezialisierte stationärer Versorgung**

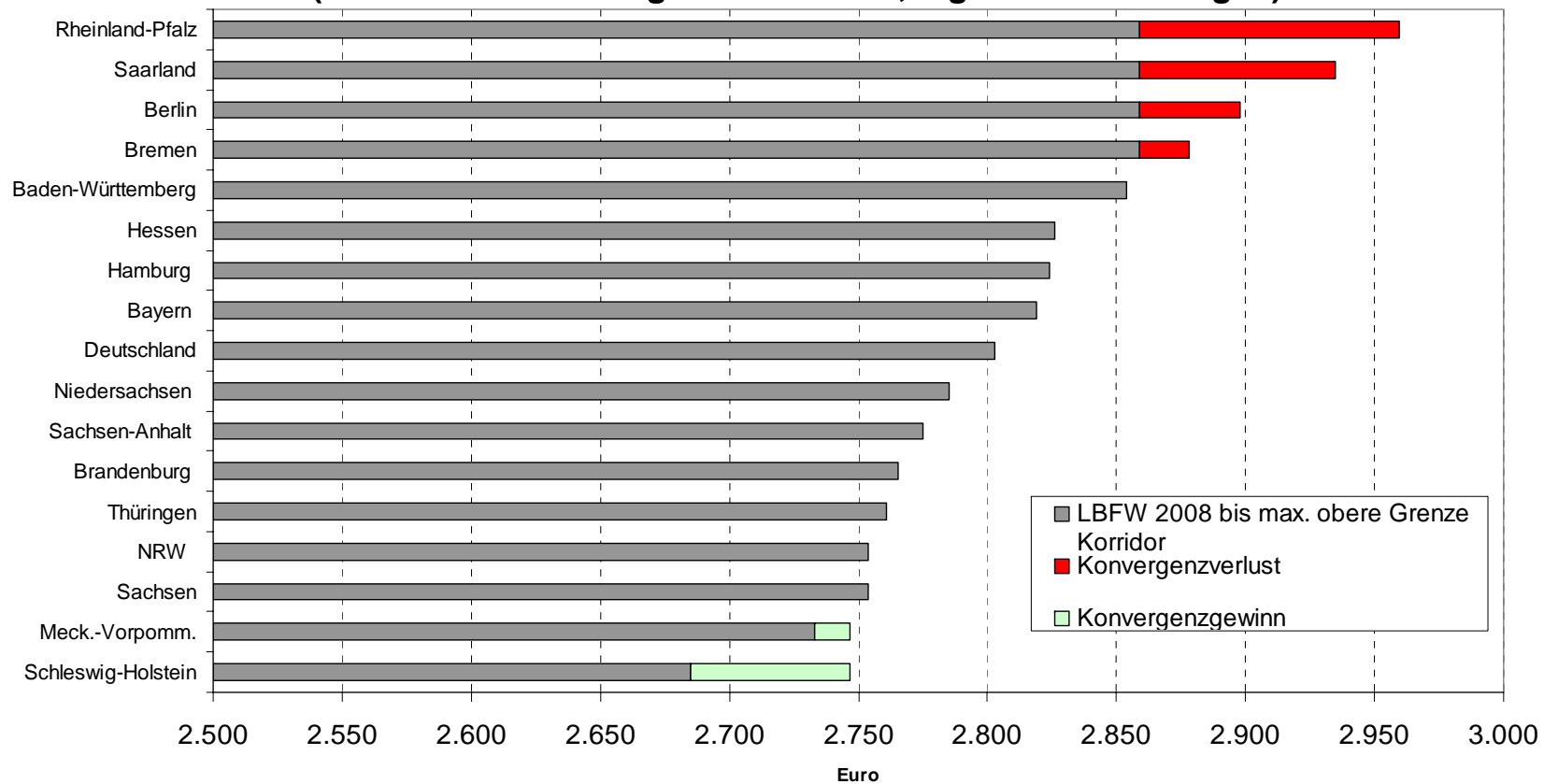
4. Rolle der Krankenhäuser: Eckpunkteentwurf des BMG

Zentrale Fragen:

- ⇒ **Duales System bleibt erhalten**
- ⇒ **Kassen werden offenbar über Aufhebung der Grundlohnbindung an den Investitionskosten beteiligt**
- ⇒ **zusätzlicher Ausgabenschub durch**
 - **anteilige Finanzierung tariflicher Veränderungen 2008/2009**
 - **Wegfall des „Sanierungsbeitrages“**
 - **Sonderprogramm zusätzliche Personalstellen**
- ⇒ **Abschluss von Einzelverträgen bei planbaren Eingriffen durch Modellversuche bis 2012**
- ⇒ **Regelbetrieb frühestens ab 2014!**
- ⇒ **Einheitlicher Basisfallwertkorridor:**

4. Rolle der Krankenhäuser: Eckpunkteentwurf des BMG

Einheitlicher Basisfallwertkorridor - Auswirkungen auf die Länder
 (Deutschland: CM-gewichteter Durchschnitt; Korridor = +2% bis -2%)
 (Quelle: Vereinbarungen LBFW 2008; eigene Berechnungen)

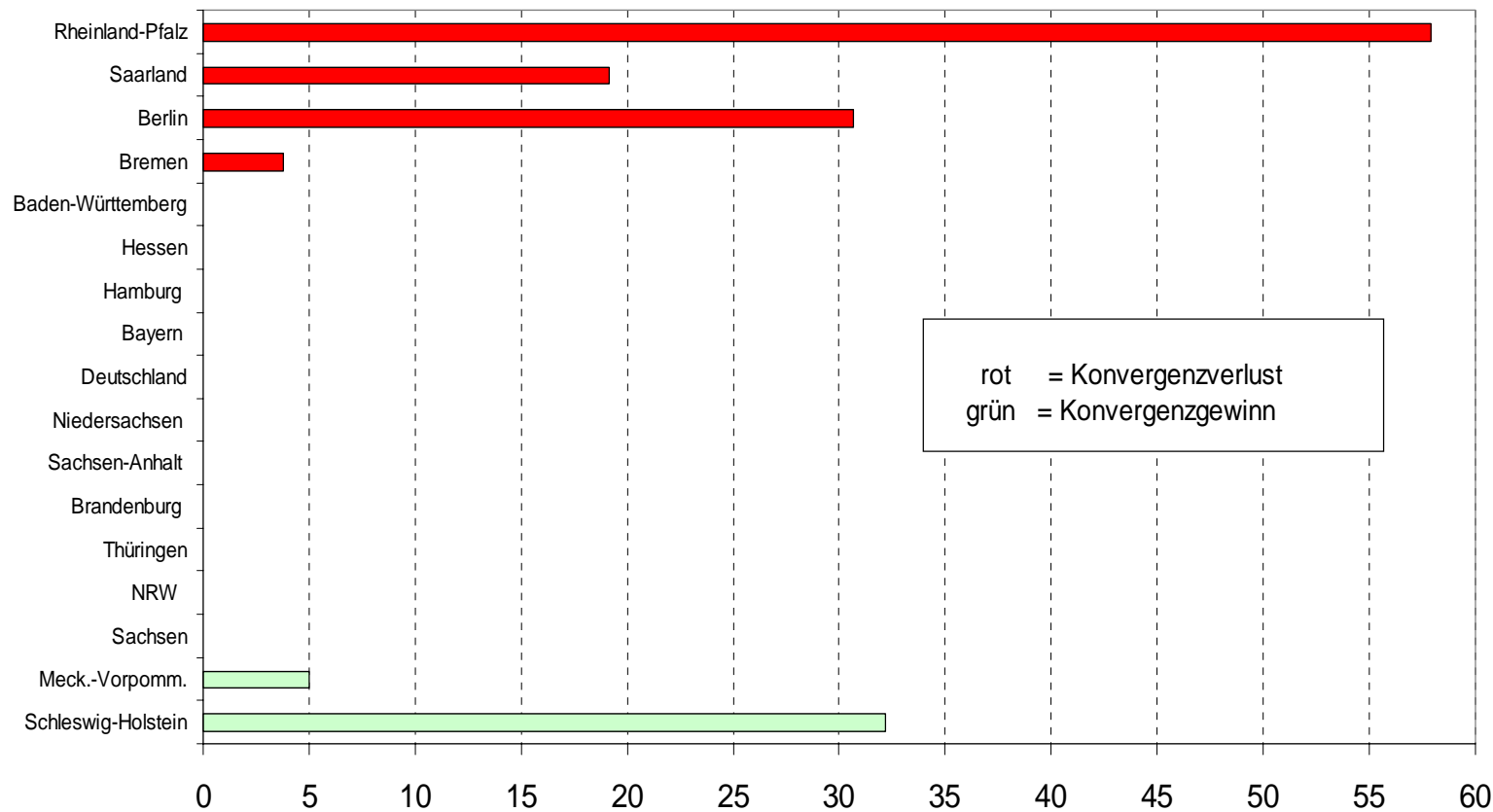


4. Rolle der Krankenhäuser: Eckpunkteentwurf des BMG

Einheitlicher Basisfallwertkorridor - Auswirkungen auf die Länder

Konvergenzgewinn / -verlust in Mio. Euro

(Quelle: Vereinbarungen LBFW 2008; eigene Berechnungen)



rot = Konvergenzverlust
grün = Konvergenzgewinn

5. **Ausblick:**

- ⇒ **Finanzieller Druck bewirkt permanente „Strukturdiskussionen“!
(Einführung Gesundheitsfonds 2009, Morbi-RSA, Kassenfusionen)**

- ⇒ **Vertragswettbewerbliche Orientierung nimmt zu!
Krankenkassen: stärkere Differenzierungen
Versicherte/Patienten: Ausübung der Konsumentensouveränität
Leistungserbringer: stärkere Differenzierungen**

- ⇒ **Kollektivverträge stehen auf dem Prüfstand!
Neudefinition des Sicherstellungsauftrags (§§ 73 b, c, 140 a, Haus- und
Facharztrennung im KV-System)
KH: Startschuss für Selektivverträge (über Qualität, Menge und Preis)**

- ⇒ **Potenziale bei Selektivverträgen (in geeigneten Regionen)
beeinflussen den Anbietermarkt und Kooperationen auf der
Kassenseite**

5. Ausblick:

⇒ Nicht die Frage ob Krankenhäuser, sondern welche Krankentuäger in dr Zukunft welche ROLLE spielen...

**Vielen Dank
für
Ihre Zeit!**