



KBV

Kassenärztliche
Bundes**v**ereinigung

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Gesellschaft für Kassenarztrecht, 18.04.2007, Berlin

Auswirkungen der Reform auf die niedergelassenen Ärzte

Dr. Dominik von Stillfried, Leiter Stabsstelle Versorgungsforschung

Kernelemente der Reform aus vertragsärztlicher Perspektive

- 1. Reform der vertragsärztlichen Vergütung
*vom Budgetdeckel zur Semi-Permeablen***
- 2. Veränderte Wettbewerbsbedingungen
für Vertragsärzte und Kassenärztliche Vereinigungen
*vom „Arzt“ zum „Unternehmen“***
- 3. Einführung des Basistarifs in der PKV
*zwischen Scylla und Charybdis***

Vertragsärztliche Vergütung im GKV-WSG:

vom festen Budgetdeckel zur Semi-Permeablen

- **Eckpunkte zur Gesundheitsreform im Sommer 2006 kündigten an:**
 - **Beendigung der Honorarbudgets**
 - **Gebührenordnung mit festen Euro-Preisen**
 - **angemessene Vergütungshöhe**

Vertragsärztliche Vergütung im GKV-WSG:

vom festen Budgetdeckel zur Semi-Permeablen

Umsetzung der Eckpunkte im Regierungsentwurf GKV-WSG?

- **Struktur der Gebührenordnung**
- **Preise**
- **Mengensteuerung**

Vergütungsreform 2009

Übersicht über die der §§ 87 – 87c SGB V (GKV-WSG)

	Gebührenordnung	Mengensteuerung
Aufgaben auf Bundesebene (mit Wirkung für die Landesebene)	<ol style="list-style-type: none"> Struktur: Reform des EBM durch Bildung altersgewichteter Fallpauschalen*, diagnosebezogene Pauschalen in der fachärztlichen Versorgung*** Vorgaben zur regionalen Preisvereinbarung: Festlegung des Orientierungspunktwerts sowie der Kriterien für regionale Abweichungen** und Berücksichtigung veränderter Praxiskosten*** 	<ol style="list-style-type: none"> Vorgaben zur Bestimmung der Gesamtvergütung, insbesondere <ul style="list-style-type: none"> der Morbiditätsstruktur (Klassifikationsverfahren)** des erstmaligen Behandlungsbedarfs** der Veränderung der Morbiditätsstruktur und des vertragsärztlichen Leistungsspektrums*** des nicht vorhersehbaren Morbiditätsanstiegs** Vorgaben zur Bestimmung der praxisbezogenen Regeleistungsvolumen**
Aufgaben auf Landesebene (mit Wirkung für die Praxisebene)	<ol style="list-style-type: none"> Vereinbarung des Punktwerts (regionale Preisvereinbarung)** Preisvereinbarung für Leistungen, die ohne Mengengrenzung vergütet werden.** 	<ol style="list-style-type: none"> Vereinbarung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung** Feststellung der praxisbezogenen Regelleistungsvolumen**
Ergebnis auf Praxisebene	Euro-Preise für ärztliche Leistungen gemäß regionaler Gebührenordnung**	<ol style="list-style-type: none"> Individuelles Regeleistungsvolumen definiert Leistungsmenge, die mit festen Preisen vergütet wird, sowie degressive Preise für zusätzlich erbrachte Leistungen** Liste der Leistungen, die ohne Mengengrenzung vergütet werden**

* mit Wirkung zum 01.01.2008, ** mit Wirkung zum 01.01.2009, *** mit Wirkung zum 01.01.2010

Vergütungsreform 2009

Konsequenzen

- Budgets sind durch flexible Regelung ersetzt: Weiterentwicklung der Vergütung gemäß Praxiskosten, Morbidität und Leistungsintensität...
Vereinbarung des notwendigen Leistungsbedarfs !!
- Leistungskatalog und Preise weitgehend einheitlich: Anzahl & Risikostruktur der Versicherten entscheiden über Vergütungsvolumen.
Bei Vertragswettbewerb um eingeschriebene Versicherte...
strategisches Ziel = Versichertenbindung !!
- bundesdurchschnittliches Preisniveau & Risikostruktur: Vergütungsanteile werden vom Süden und Westen nach Norden und Osten verschoben;
Ausgaben der Regelversorgung dienen als Benchmark für Selektivverträge...
Qualität der Versorgung (aus Sicht der Patienten) ist Erfolgsfaktor !!

Veränderte Rahmenbedingungen für Krankenkassen

Einnahmenseite

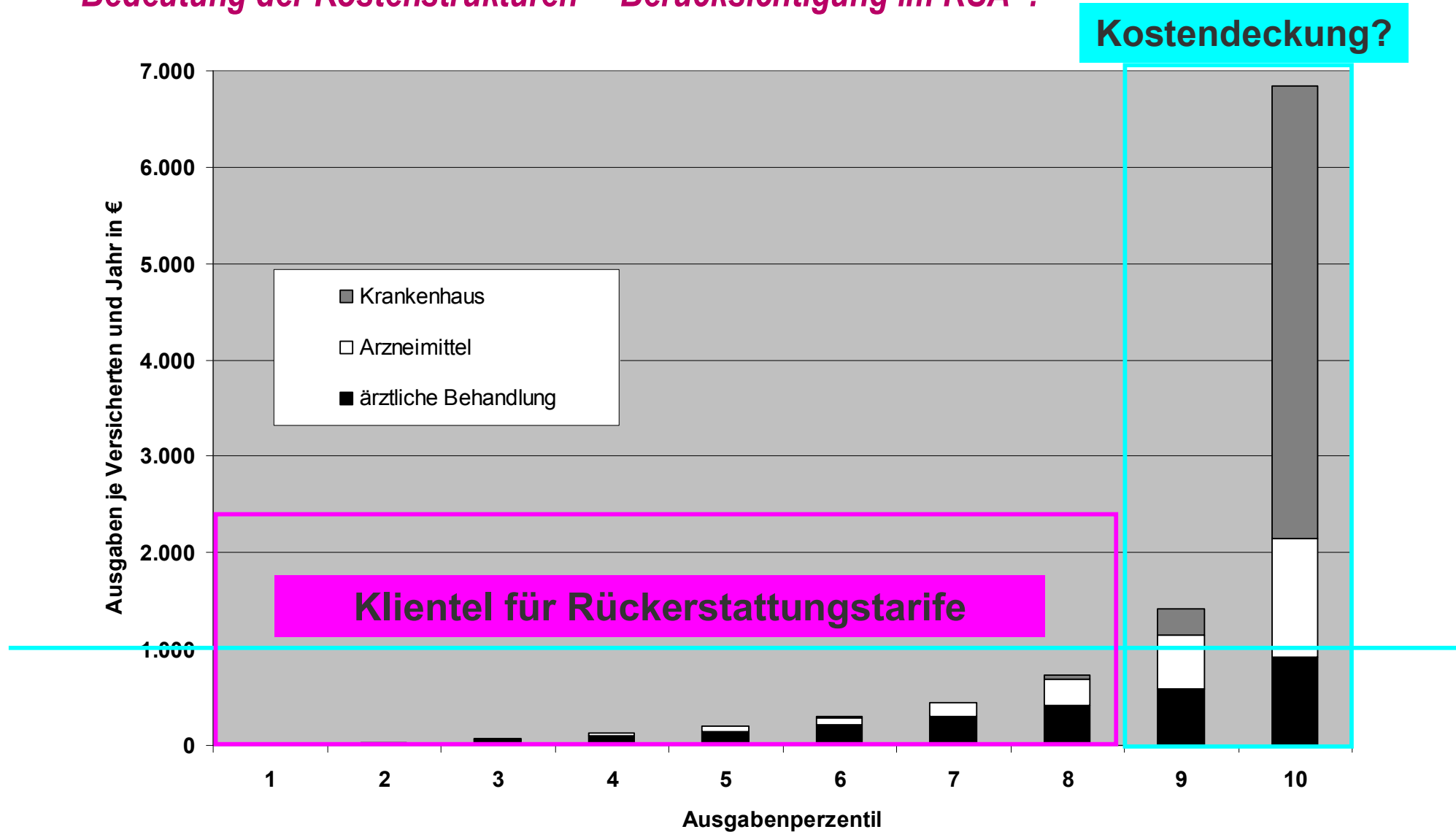
- Gesundheitsfonds vereinheitlicht Beiträge, verknappt Finanzen
 - Beitragsgestaltung der Krankenkasse: Zusatzbeiträge & Wahltarife
 - Begrenzung Zusatzbeiträge: 1% des Einkommens, 5% der Einnahmen
- Einführung eines „Globalbudgets“ mit Insolvenzrisiken !!**

Ausgabenseite

- Zentralisierung: Spitzenverband Bund; G-BA-Reform, Vergütungsreform
 - Individualisierung: Direktverträge für Wahltarife; Rabattverträge & preferred provider (Heil- und Hilfsmittel)
- Zwang zu kassenspezifischer Vertragsdifferenzierung !!**

Wahltarife im Wettbewerb der Krankenkassen

Bedeutung der Kostenstrukturen – Berücksichtigung im RSA ?



Wettbewerbselemente

auf Seiten der Krankenkassen

- **Wahltarife ab 01.04.2007: Krankenkassen werben um günstige Risiken. Konsequenz für Versorgerkassen: Durch Rückerstattungen an gute Risiken treten die Kassen mit sich selbst in den Wettbewerb.**
Kostensenkung bei schlechten Risiken wird unerlässlich !!
- **Arzneimittelrabattverträge, preferred provider bei Heil- und Hilfsmitteln ... Kostensenkung durch Steuerung des Zugangs und veranlasster Leistungen**
strategisches Ziel = Regelbindung der Anbieter / Versicherten !!
- **Finanzierungsreform, geplante Einführung der Bilanzierung nach HGB, Verbandsreform, Wahltarife, vertragsärztliche Vergütungsreform (2009): Kombination minimiert Spielraum für kleine BKK und Regionalkassen.**
Fusionstendenz, Bildung überregionaler Kassenkonglomerate !!

Vision der Reformergebnisse?

(gemeinsame Agenda der Volksparteien beim Anbieterwettbewerb)

- **Wenige Krankenversicherungskonzerne bieten den Versicherten im Rahmen staatlicher Mindeststandards hochdifferenzierte Tarife an.**
- **Tarifmanager agieren wie Fondsmanager: Sie erwerben auf einem nicht mehr durch Leistungssektoren gegliederten Anbietermarkt für ihre Versicherten Versorgungszertifikate (Anrechte auf Behandlung).**
- **Anbieter(konsortien) bewerben sich um den Zuschlag für Versorgungsaufträge der Versicherten in einer Region. Anbieterwettbewerb sorgt für einen ständigen Veränderungs- und Kostensenkungsdruck.**
- **Es stehen im Wettbewerb: qualifizierte Krankenschwestern und nicht-ärztliche Heilberufe, Ärzte einzeln oder in Verbänden / Agenturen; ambulante Versorgungszentren, Krankenhausketten, Reha- und Pflegeeinrichtungen, integrierte Versorgungszentren, Kompetenzzentren (Telemedizin), Pharma- und Medizintechnikkonzerne, ...**

Kassenärztliche Vereinigungen: Ausschluss oder Teilnahme?

- Wettbewerbskonzept des GKV-WSG ?

	KV			Dienstleistungsgesellschaft gemäß § 77a		
	§ 73b	§ 73c	§ 140b	§ 73b	§ 73c	§ 140b
1. Arbeitsentwurf	nein	nein	nein	ja	ja	ja
2. Arbeitsentwurf	nein	nein	nein	nein	nein	nein
3. Arbeitsentwurf	nein	ja	nein	nein	nein	nein
Regierungsentwurf*	nein	ja	nein	nein	nein	nein

* Sicherstellungspflicht der KVen für Basistarif der PKV zum EK-Punktwert

Kassenärztliche Vereinigungen: Ausschluss oder Teilnahme?

- Wettbewerbskonzept des GKV-WSG ?

	KV			Dienstleistungsgesellschaft gemäß § 77a		
	§ 73b	§ 73c	§ 140b	§ 73b	§ 73c	§ 140b
1. Arbeitsentwurf	nein	nein	nein	ja	ja	ja
2. Arbeitsentwurf	nein	nein	nein	nein	nein	nein
3. Arbeitsentwurf	nein	ja	nein	nein	nein	nein
4. Arbeitsentwurf*	nur i.A.	ja	nein	nein	nein	nein

Nachverhandlung

nur i.A.

auf Basis der GOÄ

* Sicherstellungspflicht der KVen für Basistarif der PKV

Veränderter Wettbewerb für Vertragsärzte und KVen

Krankenhäuser ernennen sich zum Versorgungszentrum

§ 116b SGB V

- **Institutionelle Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung**
 - **Berechtigung des „Hauses“ statt Arztbezug (Zulassung)**
- **Breiter Leistungskatalog (GBA-Richtlinien)**
 - *gesamte* Onkologie; Herzinsuffizienz; HIV/AIDS
- **Öffnung auf Antrag des Trägers, KV wird angehört, Vertrag unnötig**
- **Mehrfache Systembrüche stellen KV-System in Frage: Zulassung, Bedarfsplanung, Abrechnungsgenehmigung, Qualitätssicherung**

Wettbewerbselemente

aus Sicht der KVen

- Vollständiger Verlust des Vertragsmonopols ab 01.04.2007:
 - Vertragswettbewerb erreicht Kerngeschäft (§§ 73b, 73c SGB V),
 - selektive institutionelle Öffnung der Krankenhäuser (§ 116b SGB V),
 - populationsbezogener Integrationsversorgung (§§ 140a ff SGB V)

Potential hoher Bereinigungen der vertragsärztlichen Vergütungen!

- Es entstehen veritable Wettbewerber neben den KVen:
 - Berufsverbände, große MVZ, Verbände mit Krankenhäusern und -ketten, überregionale Praxiszusammenschlüsse, Franchisegeber, Heilberufe, Softwarehersteller, Managementgesellschaften, ...
 - Liberalisierung durch VÄndG wird die Konzentration fördern

Interessenvertretung muss neu definiert werden:

Mitglieder- und Patientenbindung sind Erfolgsindikatoren !!

Unternehmerisches Verhalten (Verbund) / strategische Planung !!

Veränderter Wettbewerb für Vertragsärzte

zwischen Versorgung und Versicherung

- **Welche Marktanteile hat die Krankenkasse?**
- **Ist die Krankenkasse (der Wahltarif) für meine Patienten interessant? (gewinne / verliere ich Patienten durch Teilnahme / Nichtteilnahme?)**
- **Ist meine Praxis für die Krankenkasse interessant? (Fachgruppe, Vernetzung, Qualität, Image, Lage, Risikostruktur)**
- **Wie viele Patienten bringe ich in einen Vertragskontext ein?**
- **Hat die Krankenkasse Vorteile durch meine Teilnahme? (Kosten, Mitgliederzahl, Versichertenstruktur)**

KV als Dienstleister und Vermittler:

populationsbezogener Versorgungsaufträge / möglichst mittelfristige Laufzeiten

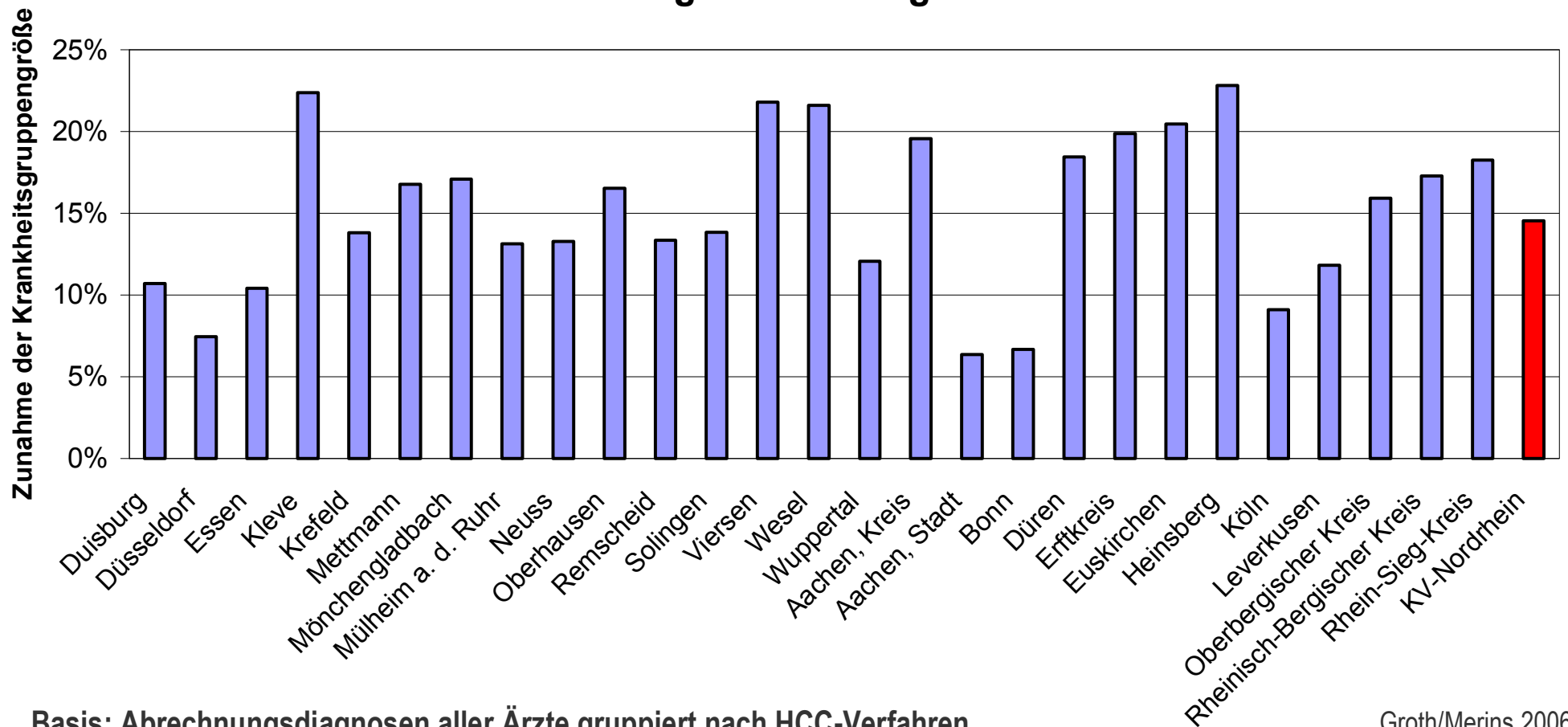


Kleinräumige Versorgungsanalyse:

Alterung & Migration: Projektion bei konstanter altersspezifischer Morbiditätslast

Veränderung der Prävalenz auf Kreisebene von 2003 bis 2020 in der KV-Nordrhein

Bösartige Neubildungen



Basis: Abrechnungsdiagnosen aller Ärzte gruppiert nach HCC-Verfahren

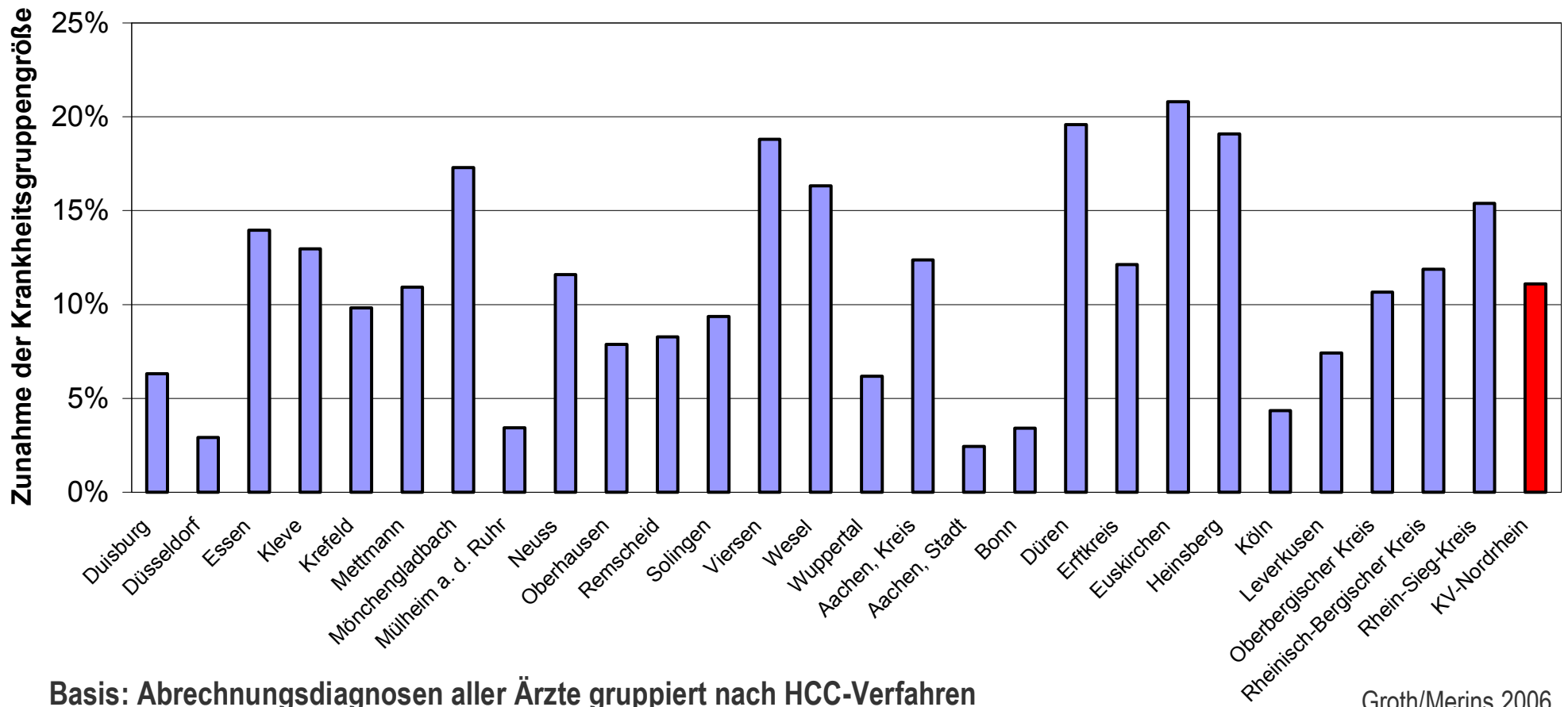


Kleinräumige Versorgungsanalyse:

Alterung & Migration: Projektion bei konstanter altersspezifischer Morbiditätslast

Veränderung der Prävalenz auf Kreisebene von 2003 bis 2020 in der KV-Nordrhein

Dialyse



Basis: Abrechnungsdiagnosen aller Ärzte gruppiert nach HCC-Verfahren

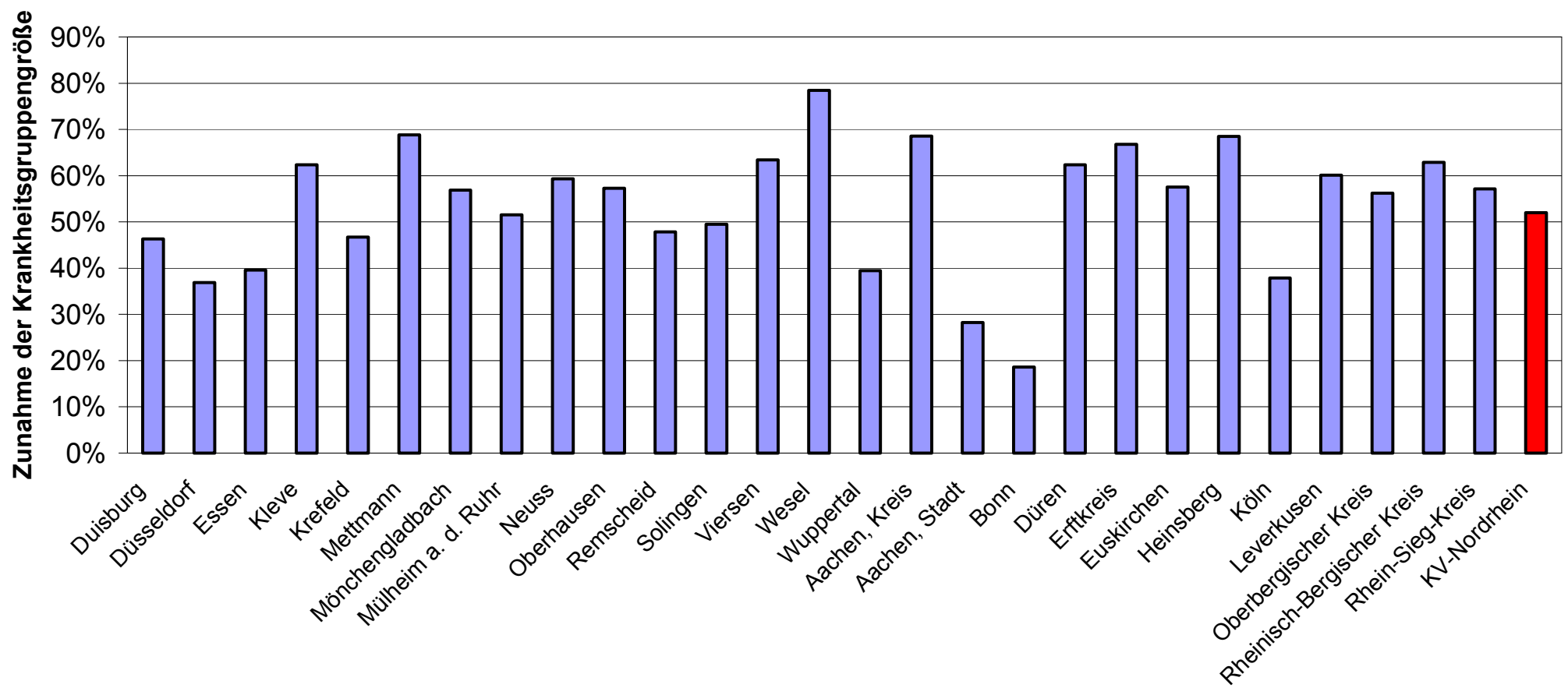


Kleinräumige Versorgungsanalyse:

Alterung & Migration: Projektion bei konstanter altersspezifischer Morbiditätslast

Veränderung der Prävalenz auf Kreisebene von 2003 bis 2020 in der KV-Nordrhein

Dekubitus

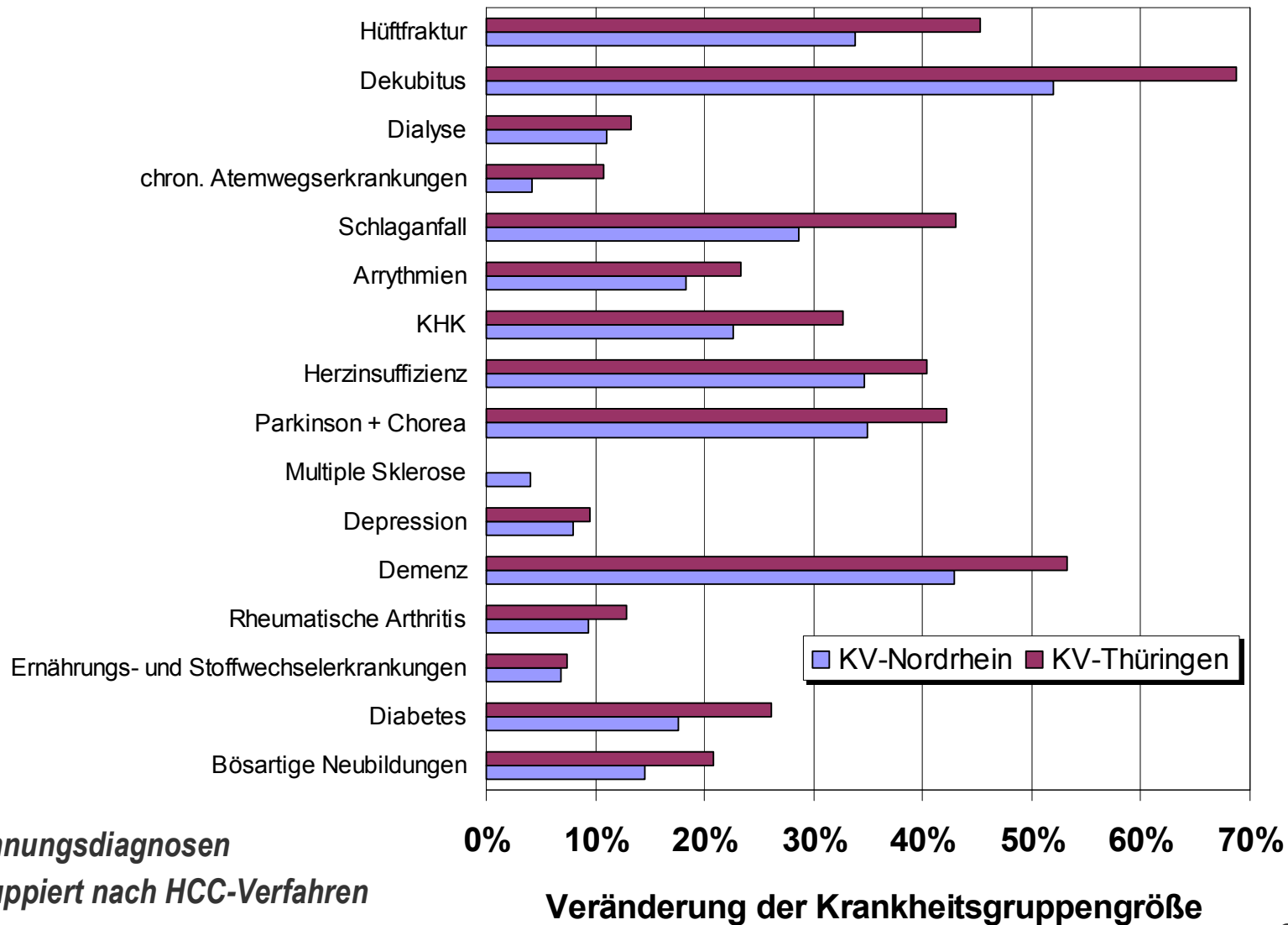


Basis: Abrechnungsdiagnosen aller Ärzte gruppiert nach HCC-Verfahren



Effekte der Alterung & Migration

Auswirkungen von Alterung & Migration bei konstanter altersspezifischer Morbiditätslast



Einführung des Basistarifs (2009) in der PKV:

zwischen Scylla und Charybdis

- **Sicherstellungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigungen**
(für Standardtarif bereits ab 01.07.2007!)
 - Zulassung
 - Qualitätssicherung
 - Kostenerstattung nach Rechnungsprüfung im KV-System
- **Verhandlung über Vergütungshöhe (Basis GOÄ)**
 - Basis EK-Punktwert hätte Verlust von 2,1 Mrd. € bedeutet (-60%) !!
 - bis 1,8facher GO-Satz statt durchschnittlich ~ 2,1 (ca. - 25%)
oder freiwillige Vereinbarung im Einvernehmen mit Beihilfestellen
 - Schiedsfähigkeit
- **Kostenfaktor + Mitgliederfrust vs. Mitgliederbindung + „Umsatzbringer“?**

Brancheneinheitlicher Basistarif in der PKV

Offene Fragen für 2007:

- ***„Trojaner“ für das Umlageprinzip oder für die Kostenerstattung?***
- ***Wie entscheiden sich die Beihilfeträger?***
- ***Wie agieren die privaten Versicherungsunternehmen?***
- ***Wie agieren die Vertragsärzte?***
- ***Ist die Alterungsrückstellung bzw. der PKV-Status attraktiv für freiwillig Versicherte?***
- ***Welche Chancen hat die KBV im Schiedsamt?***
- ***Gewinn oder Verlust für Vertragsärzte?***