

27. Deutscher Krankenhaustag

Düsseldorf, 26. November 2004



„Integrierte Versorgung – Eine Zwischenbilanz“

Dr. med. Leonhard Hansen

*Stellv. Vorsitzender der Kassenärztlichen Bundesvereinigung
Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein*

Erweiterte Vertragskompetenz der Krankenkassen

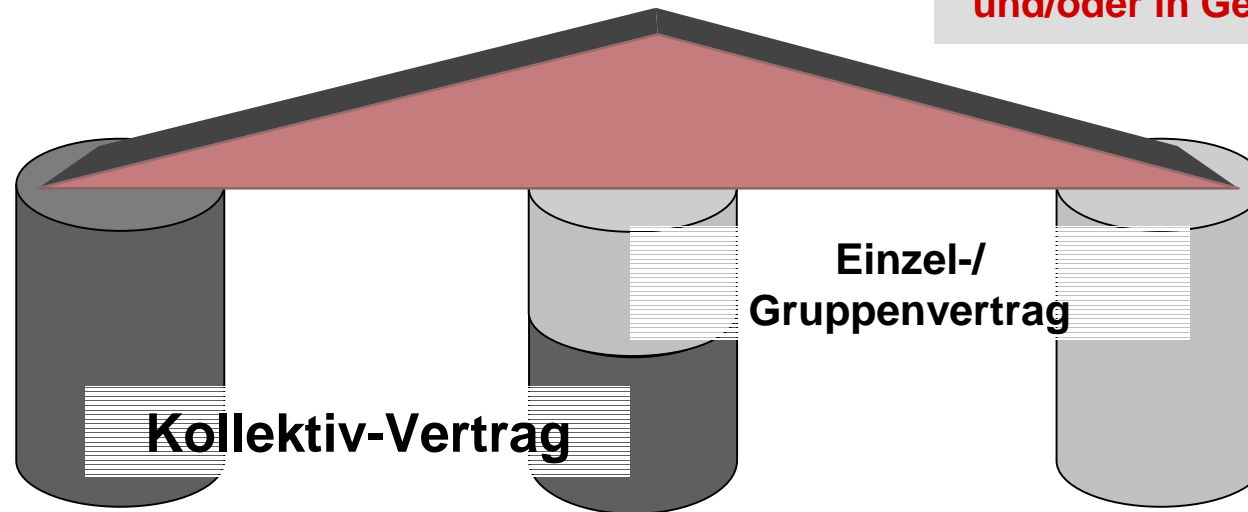
Wettbewerbliche Ausrichtung

1. Wahlfreiheit der Versicherten unter vier Versorgungstypen
2. Einzelvertragsabschlüsse der Krankenkassen
 - in der **hausarztzentrierten** Versorgung (§ 73 b SGB V)
 - für **bestimmte Leistungsbereiche** (§ 73 c SGB V)
 - in der **Integrationsversorgung** (§§ 140a ff. SGB V)
3. Konkurrenz durch das Krankenhaus
 - durch **Öffnung für ambulante** Leistungen (§ 116b SGB V)
 - durch Einbeziehung in **DMP**
 - um **medizinische Versorgungszentren**



Vertragstypen der ambulanten Versorgung

***Rahmen-Regelungen im BMV
und/oder in Gesamtverträgen**



- *Regelversorgung*
- *Strukturverträge (§ 73a)*

- *DMP*
- *Modellvorhaben (§ 63 f.)*
- *auftragsgebundene Versorgung (§ 73c) **

- *Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b) **
- *Integrierte Versorgung (§ 140a ff.)*

„Hausarztzentrierte Versorgung“ § 73b SGB V

- Bindung an einen Hausarzt und Verzicht auf Direktzugang zur fachärztlichen Versorgung (Minstdauer: ein Jahr)
- (Einzel-)Vertrag zwischen Kasse und Hausarzt bzw. Gemeinschaft von Hausärzten nach öffentlicher Ausschreibung
 - kein Anspruch auf Teilnahme im Rahmen der kollektivvertraglichen Sicherstellung!
- Vereinbarung „besonderer Qualitätsanforderungen“ und Vergütung in den Gesamtverträgen (oder Bundesmantelvertrag)
- Verpflichtung der Kassen, diese Versorgungsform anzubieten
- Vergütungspauschalen je Versicherten

„Hausarztzentrierte Versorgung“ § 73 b SGB V

- § 73 b SGB V: Verträge mit **besonders qualifizierten Ärzten**
- Vereinbarungen zu Qualitätsanforderungen und Vergütung gemeinsam von KV und Kassen bzw. im Bundesmantelvertrag
- Aber: **Kein Anspruch** des „besonders qualifizierten Hausarztes“ auf Vertragsabschluss!
- Folge: **Risikoselektion** durch die Krankenkassen bei Ärzten mit vielen teuren Patienten möglich
- Folge: Patienten wechseln die Kasse oder nehmen nicht an hausarztzentrierter Versorgung teil
- Folge: Kasse verbessert Mitgliederstruktur bzw. spart Bonus nach § 65 a SGB V

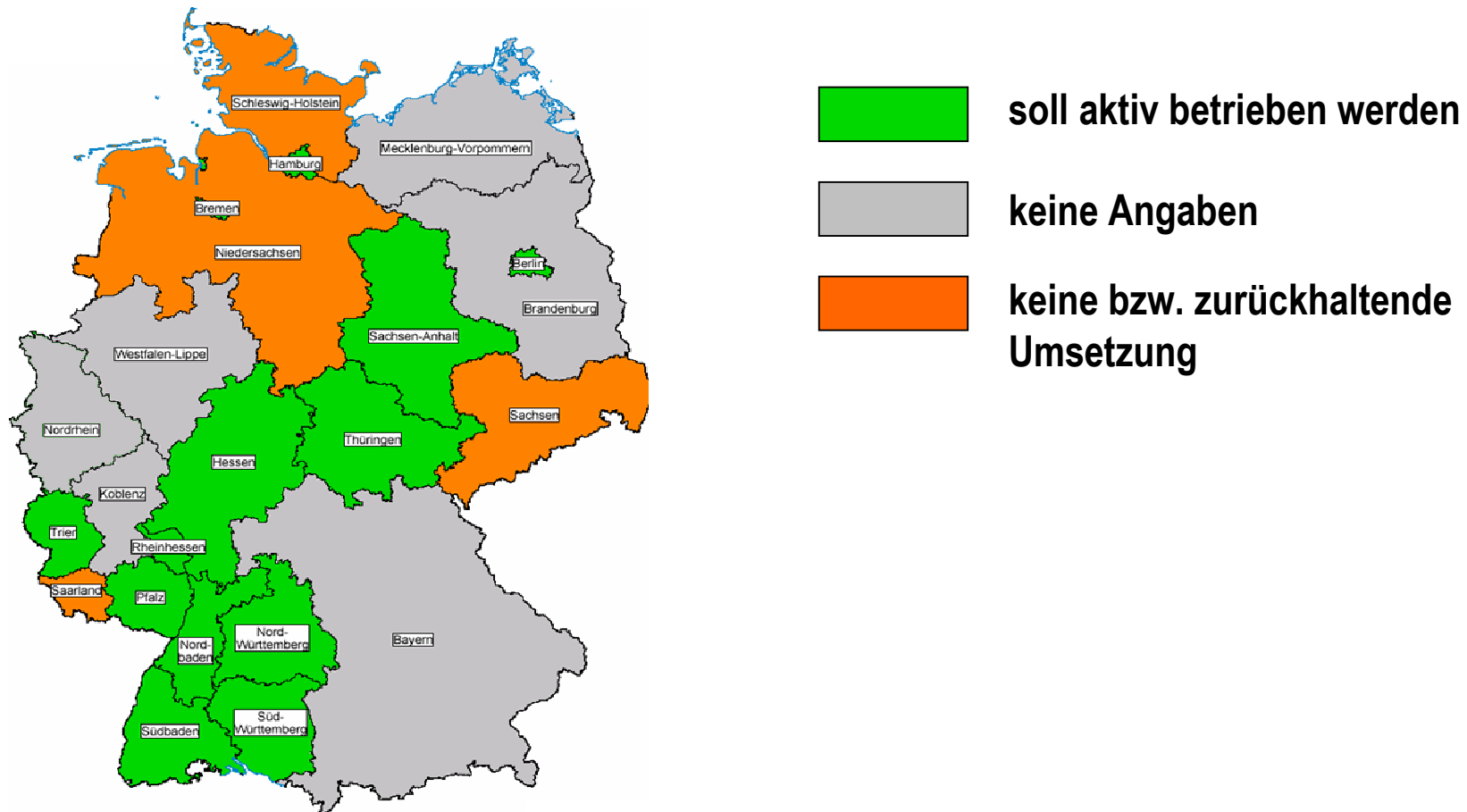


„Hausarztzentrierte Versorgung“ § 73b SGB V

Stand der Umsetzung (Umfrage bei den 23 KVen)

Landesebene	
– Gespräche	in der Hälfte der KVen, jedoch ohne konkrete Ergebnisse
– Gesamtverträge	<u>ein Vertrag:</u> <i>KV Sachsen-Anhalt – AOK Sachsen-Anhalt mit IKK gesund plus – hausärztliche Vertragsgemeinschaft i.G.</i>
– Modellvorhaben	<u>ein Vorhaben:</u> <i>Ärztenetz Qu@linet - AOK Baden-Württemberg, KV Nordbaden</i>
Bundesebene	
– Gespräche	BKK-Bundesverband, Bundesknappschaft
– Bundesmantelvertrag	–

„Hausarztzentrierte Versorgung“ § 73b SGB V Stand der Umsetzung (Umfrage bei den 23 KVen)



Dr. Leonhard Hansen, 27. Deutscher KH-Tag, 26.11.2004

Folie 7

Medizinische Versorgungszentren als Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung

Chancen

- Für den Patienten: Versorgung Aus einer Hand
- Für Berufsanfänger: kein eigener Investitionsaufwand
- Für Ärzte und Ärztinnen in der Familienphase: flexiblere Arbeitszeitmodelle
- Für die Ärzteschaft: Möglichkeit kleinerer, kontrahierungsfähiger Einheiten

Charakteristika

MVZ = fachübergreifende Gemeinschaftspraxis

- Bestandteil des Kollektivvertragssystems
- Teil der Bedarfplanung
- Vergütung nach EBM (2000 plus) und HVM
- interne Honorarverteilung nach Gesellschaftervertrag bzw. Anstellungsvertrag



Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V Bedeutung für die Versorgung

- Starthypothek der MVZ
 - Fortgeltung der Bedarfsplanung
 - offene Rechtsfragen (Privatliquidation, einheitl. Abrechnungs-Nr., Umsatzsteuer...)
 - kein „neues Geld“ durch MVZ
- Dennoch: Die Bedeutung von MVZs liegt weniger in deren Realisierung als in deren Impulswirkung, denn:
 - „MVZ-Diskussion“ befördert alle kooperativen Formen
 - niedergelassene (Fach-)Ärzte befassen sich intensiv mit Kooperationsformen
 - Die Kooperative Berufsausübung wird zum Regelfall der ambulanten fachärztlichen Versorgung werden
- Offen: Verhalten der Krankenhäuser (Konflikt- vs. Kooperationsstrategie)

Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V

Umfrage bei den 23 KVen (Mai / Sept. 2004)

	Mai 2004	September 2004
KV-Beteiligung:	20	23
Zugelassene MVZ:	7	17
KV-Bereiche:	4 KVen: <i>Bay / Nordrh / SH / WL</i>	6 KVen: <i>Bay / MV / Nordrh / Sa / SH / WL</i>
Rechtsformen:	GbR	GbR / GmbH (2) / Part'ges. (1)
Gründer:	Vertragsärzte	<ul style="list-style-type: none"> - Vertragsärzte - LE nach § 126 Abs. 5 (1) - Krankenhausträger (1)
Arbeitsgröße:	2 – 5 Ärzte	i.d.R. 2 – 5 Ärzte <i>größtes MVZ: 2 VÄ + 9 Angest.</i>
MVZ-Ärzte gesamt:	21	57
Anstellungsverhältnisse:	2 MVZ <i>Gesamt: 5 angestellte Ärzte</i>	11 MVZ <i>Gesamt: 34 angestellte Ärzte</i>

Medizinische Versorgungszentren § 95 SGB V Umfrage bei den 23 KVen (Sept. 2004)

Anträge / Zulassungen	
– rechtskräftig zugelassen:	17 mit insgesamt 57 Ärzten
– positiv beschieden:	41 (17 plus 24)
– noch nicht beschieden:	88
Charakteristika der rechtskräftig zugelassenen MVZ's	
– Größe:	i.d.R. 2 bis 5 Ärzte
– angestellte Ärzte:	in 11 MVZ
– Fachübergreif:	Typisierung noch nicht möglich
– Rechtsform:	meist: Gesellschaft bürgerlichen Rechts

Integrierte Versorgung: Perspektive

- Situation bis 2003:
 - Fortgeltung der sektoralen Budgetierung
 - impraktikables Verfahren der Budgetbereinigung
 - ➔ **keine Handlungsanreize für die Vertragspartner**

- ab 2004:
 - „Drittes Budget“ als Finanzierungsinstrument
 - Suspendierung des Kollektivvertrags
 - ➔ **Integrierte Versorgung als Versuchsfeld für die Vertrags- und Versorgungslandschaft der Zukunft!**



Integrierte Versorgung: Zwischenbilanz I

- KVen sind als Vertragspartner nicht vorgesehen
- Es gibt kein Genehmigungsverfahren (wie bei DMPs) und somit auch keine Prüfung der Verträge (Ziele, Versorgungsinhalt, QS-Verfahren...)
- Die Integrierte Versorgung ist Versuchsfeld zur Erprobung von Wettbewerb ohne effektive Wettbewerbsordnung bzw. übergeordnete Versorgungssteuerung
- Registrierungsstelle (BQS) im September 2004: ca. 170 Verträge mit einem Vergütungsvolumen von insgesamt rund 80 Mio. € (1% Budget = 680 Mio. €)
- KVen bekommen i.d.R. nur „nähere Auskünfte“ (keine rechnungsbegründenden Unterlagen) zu den einbehaltenen Abzügen an der Gesamtvergütung über die BQS, sofern Vertrag gemeldet



Integrierte Versorgung: Zwischenbilanz II

- Verträge sind i.d.R. nicht für große Versichertenkollektive angelegt: Es gibt Verträge für nur einen Versicherten und nur wenige Verträge für mehr als 1.000 Versicherte!
- statt „ambulant vor stationär“: häufig Verzahnung von Akutkrankenhaus und Rehabilitation; häufig sind niedergelassene Ärzte nur unzureichend eingebunden
- Durchschnittliche Kürzungsquote: 0,35%; einzelne Krankenkassen kürzen generell 1% (AOK'n kürzen unter Durchschnitt)
- Besonders aktive Krankenkassen: Ersatzkassen (BARMER, TK) und BKK'n
- Vertragsgegenstände: größtenteils Knie- und Hüftendoprothetik bzw. ambulante OPs
- Häufig werden ältere Verträge (vor 2004 – teilweise mit KVen ausgehandelt) lediglich „umgeschrieben“
- ➔ Ansätze zur integrativen Weiterentwicklung der Versorgung sind nicht erkennbar

Konsequenzen des Vertragswettbewerbs



Dr. Leonhard Hansen, 27. Deutscher KH-Tag, 26.11.2004

Folie 15

Herausforderungen der KVen Organisation

- zunehmend heterogene Mitgliederstruktur
 - angestellte Ärzte an Versorgungszentren
 - ermächtigte Krankenhausärzte
- auseinanderstrebende Mitgliederinteressen
 - Hausärzte mit Einzelverträgen (Hausarztpauschale)
 - Ärzte in medizinischen Versorgungszentren
 - Ärzte in der integrierten Versorgung
 - Ärzte mit Krankenhaus-Kooperation

Herausforderungen der KVen Sicherstellung

- Verantwortung für die Sicherstellung
- Fortbestand der Bedarfsplanung auch für medizinische Versorgungszentren und Ermächtigungen

aber...

- ➔ *Parallelzulassung des Krankenhauses*
- ➔ *bevorstehender Ärztemangel*
- ➔ *bevorzugte Ausrichtung auf Einzelverträge*
- ➔ *Datenlücken durch Einzelvertragsabrechnung*



Antwort auf die Herausforderungen

Offensive, zukunftsorientierte
Vertragspolitik:



Antworten auf die Herausforderungen Konkurrenzfähigkeit mit dem Krankenhaus

- Aufbau medizinischer Versorgungszentren in der Form von Sozietäten (Partnerschaftsgesellschaften)
- Gleiche Wettbewerbsbedingungen durch feste, den DRG vergleichbare Preise und Qualitätsanforderungen
- Kooperationsmodelle zur Nutzung von Synergieeffekten und als Basis für Integrationsverträge
- Nutzung der zweiten Ebene durch die KV für kollektivvertragliche Integrationsmodelle
- KV als Dienstleister für Organisations- und Managementberatung von Vertragsärzten und deren Sozietäten („KV Consult“)

Antworten auf die Herausforderungen Qualitätsoffensive

- KV-Qualitätsberichte
- Qualitätsmanagement für Vertragsarztpraxen einsatzbereit
- Einheitliche Qualitätssicherung für ambulantes Operieren und stationersetzende Eingriffe vereinbart
- Formen frequenzabhängiger und/oder mit Rezertifizierung verbundener QS – Maßnahmen vereinbart
- Ausbau der Qualitätszirkel und der Pharmakotherapieberatung
- aktive und innovative Gestaltung der QS
 - Richtlinien und Vereinbarungen der Gemeinsamen Selbstverwaltung
 - Entwicklung neuer QS-Instrumente und -Verfahren



Antworten auf die Herausforderungen Ausbau der Telematik

- Nutzung des „Zwei-Karten-Systems“ zum Aufbau Server gestützter medizinischer Informationssysteme mit ausschließlichem Verfügungsrecht des Patienten
- Herstellung einer umfassenden Datengrundlage unter vollständiger Wahrung des Datenschutzes als Voraussetzung für Gesundheitsberichte, Längsschnittanalysen und Morbiditätsentwicklungen
- Aufbau von datenschutzrechtlich gesicherten Standards für die innerärztliche Kommunikation und Patientendokumentation
- Aufbau elektronisch gestützter Informationssysteme für den Vertragsarzt zur Arzneimittelversorgung etc.

Wohin geht der Weg?

Kooperative Versorgungsformen

Vorteile

- Qualitätsverbesserung durch Prozessorientierung möglich
- Verringerung von Marktunsicherheiten
- Antwort der Ärzteschaft auf selektives Kontrahieren

Voraussetzungen

- Managementfähigkeit
- Investitionssicherheit

Auswirkungen

- Dokumentation
- Transaktionskosten
- Bürokratie

Neue Optionen der ärztlichen Berufsausübung

- Die strikte Bindung an einen Praxissitz wird aufgegeben.
- Die Zugehörigkeit zu mehreren „Berufsausübungs-Gemeinschaften“ ist möglich.
- Überörtliche Gemeinschaftspraxen sind möglich.
 - ebenso Teilgemeinschaftspraxen
 - bzw. Teilpartnerschaften
- Erweiterte Möglichkeiten, Kolleginnen und Kollegen anzustellen;
- Erweiterung der Kooperation mit anderen Leistungserbringern;
- Zulassung von „Ärztegesellschaften“

■ Antworten auf die Herausforderungen Ausblick

- Die KV als Dienstleistungszentrum für den Vertragsarzt im Vertragswettbewerb der Krankenkassen und in der Wahlfreiheit der Versicherten unter differenzierten Versorgungsformen
- Die KV als Vertragspartner der Krankenkassen zur Gewährleistung von Versorgungssicherheit und –qualität
- Die KV als Vermittler objektivierbarer und gesicherter Daten über das vertragsärztliche Leistungsangebot gegenüber den Versicherten

