



Prof. Dr. Stefan Greß

**Effizienz in der ambulanten ärztlichen Versorgung –
Vertragsmodelle auf dem Prüfstand**

Vortrag bei den 12. Speyerer
Gesundheitstagen am 11. März 2010



Überblick

1. Ökonomischer Hintergrund für Selektivverträge
2. Beurteilungskriterien für Vertragsmodelle
3. Hausarztzentrierte Versorgung
4. Besondere ambulante ärztliche Versorgung
5. Integrierte Versorgung
6. Empfehlungen zur Weiterentwicklung



Ökonomischer Hintergrund Selektivverträge

- Ergänzung Preiswettbewerb durch Qualitätswettbewerb
- Wettbewerb auf dem Leistungsmarkt
- Dezentrale Steuerung
- Innovationen durch Such- und Entdeckungsprozesse
- Berücksichtigung der Versichertenpräferenzen
- Leistungsgerechte Vergütung
- Hohe Anforderungen an die Rahmenbedingungen
 - In einem reinen Selektivvertragssystem
 - Abstimmungsbedarf in der Parallelwelt



Beurteilungskriterien für Vertragsmodelle

- Spielräume bei der Vertragsgestaltung
 - Auswahl von Vertragsgegenständen und Vertragspartnern
 - Freiwilliger Zusammenschluss von Vertragspartnern
 - Freiräume für Gestaltung zentraler Inhalte
- Koordinationsbedarf gegenüber Kollektivsystem
 - Kompatibilität der beiden Parallelwelten
 - Vermeidung von Doppelfinanzierungen als Voraussetzung für die Realisierung von Effizienzgewinnen
 - Klärung Sicherstellungsauftrag
- Praktische Bedeutung und Bewertung



Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V: Spielräume bei der Vertragsgestaltung

- Festlegungen für Vertragsinhalte durch den Gesetzgeber
 - Pflicht zum Angebot hausarztzentrierter Versorgung (Stichtag)
 - Besondere Anforderungen an hausarztzentrierte Versorgung (Qualitätszirkel, Leitlinien, Fortbildung, Qualitätsmanagement)
 - Grundsätze zur Einschreibung der Versicherten
- Festlegung der Vertragspartner durch den Gesetzgeber
 - Krankenkassen können alleine oder in Gemeinschaften Verträge schließen
 - Vertragspartner in Regelfall: Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV vertreten



Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V: Koordinationsbedarf gegenüber Kollektivsystem

- **Bereinigung der Gesamtvergütung**
 - Allgemeine Vorgaben des Gesetzgebers
 - Operationalisierung des Bereinigungsverfahrens durch den erweiterten Bewertungsausschuss mit Beschluss vom 16.12.09
 - Problematik des Schwellenwerts („Solidaritätspauschale“)
- **Sicherstellung der Versorgung**
 - Einschränkung des Sicherstellungsauftrags im Kollektivsystem
 - Vergütung für die Durchführung von Notdiensten durch KV



Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V: Praktische Bedeutung und Bewertung

- Der Gesetzgeber hat die Spielräume der Krankenkassen sowohl bei Vertragsinhalten als auch Vertragspartnern massiv eingeengt.
- Das Monopol der KVen wird durch ein neues Monopol von Hausarztverbänden ersetzt.
- Das Verfahren zur Bereinigung der Gesamtvergütung muss sich im Hinblick auf Praktikabilität und Rechtssicherheit erst noch bewähren.
- Das Potenzial für die Entwicklung von Innovationen durch Such- und Entdeckungsverfahren ist gering.



Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGV V: Spielräume bei der Vertragsgestaltung

- Festlegung der Vertragsinhalte durch den Gesetzgeber
 - Keine Abschlusspflicht für Krankenkassen
 - Ambulante ärztliche Versorgung kann versichertenbezogen ganz oder teilweise Gegenstand von Verträgen sein
 - Keine über die im Kollektivsystem bestehenden hinausgehenden Anforderungen an Qualitätssicherung
- Festlegung der Vertragspartner durch den Gesetzgeber
 - Krankenkassen können alleine oder in Gemeinschaften Verträge schließen
 - Hohe Bandbreite möglicher Vertragspartner (von einzelnen vertragsärztlichen Leistungserbringern bis zur KV)



Besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGV V: Praktische Bedeutung und Bewertung

- Der Gesetzgeber hat den Krankenkassen sowohl bei Vertragsinhalten als auch Vertragspartnern vergleichsweise ausgeprägte Spielräume ermöglicht.
- Das Potenzial für die Entwicklung von Innovationen durch Such- und Entdeckungsverfahren ist im Vergleich zur hausarztzentrierten Versorgung hoch.
- Die Umsetzungsmöglichkeiten hängen in erster Linie von der Praktikabilität des Bereinigungsverfahrens ab.



Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V: Spielräume bei der Vertragsgestaltung

- Festlegung der Vertragsinhalte durch den Gesetzgeber
 - Keine Abschlusspflicht für Krankenkassen
 - Verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung
 - Ziel: Bevölkerungsbezogene Flächendeckung
 - Rabattverträge für Arzneimittel
- Festlegung der Vertragspartner durch den Gesetzgeber
 - Krankenkassen und Pflegekassen
 - Hohe sektorübergreifende Bandbreite möglicher zugelassener Vertragspartner (vertragsärztliche Versorgung, stationäre Versorgung, Pflege, Rehabilitation)



Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V: Koordinationsbedarf gegenüber Kollektivsystem

- Bereinigung der Gesamtvergütung analog zu hausarztzentrierter und besonderer ambulanter Versorgung
- Bereinigung in der stationären Versorgung
 - Mindererlösausgleich
 - Berücksichtigung reduzierter Fallzahlen
- Pauschale Bereinigung (Anschubfinanzierung) zum Ende 2008 ausgelaufen
 - Positiv: Trennung von Spreu und Weizen
 - Negativ: Vermeidung von Zusatzbeiträgen um jeden Preis



Integrierte Versorgung nach § 140a ff. SGB V: Praktische Bedeutung und Bewertung

- Wenige Vorgaben des Gesetzgebers für Vertragspartner und Vertragsinhalte
- Maximales Potenzial für dezentrale Such- und Entdeckungsverfahren
- Zentrale Probleme bei der Weiterentwicklung
 - Hoher Investitionsbedarf für bevölkerungsbezogene Flächendeckung
 - Geringe Investitionsbereitschaft der Krankenkassen
 - Wenig veröffentlichte Erkenntnisse über Erfolgsfaktoren (Wettbewerbsvorteil vs. Öffentliches Erkenntnisinteresse)



Wettbewerb im Koalitionsvertrag

- „Auf der Versicherungs-, Nachfrage- und Angebotsseite werden die Voraussetzungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb um innovative und effiziente Lösungen geschaffen, der den Versicherten und Patienten zugute kommt, sie in den Mittelpunkt stellt und ihnen Entscheidungsspielräume ermöglicht (S. 87).“
- Wettbewerbsrhetorik schon unter vorigen Regierungen
- Vereinbarungen im Koalitionsvertrag lassen konsistentes Wettbewerbskonzept nicht erkennen



Empfehlungen für die Weiterentwicklung

- Der Zwang zum Angebot zentral vorgeschriebener Versorgungskonzepte ist ebenso wenig zielführend wie der Ersatz des KV-Monopols durch neue Monopole.
- Anspruchsvolle integrierte Versorgungskonzepte mit hohen Investitionskosten bedürfen einer finanziellen Förderung und einer wissenschaftlichen Begleitung.
- Zum langfristigen Erfolg von Selektivverträgen ist ein umfassendes Instrumentarium notwendig
 - Qualitätsindikatoren
 - Bereinigungsverfahren
 - Regionales Monitoring



**Ich danke für Ihre Aufmerksamkeit und freue
mich auf eine anregende Diskussion**

stefan.gress@hs-fulda.de