

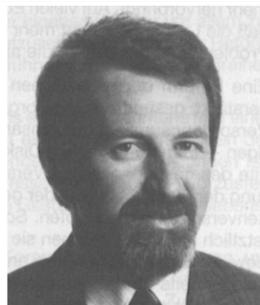


Zur Rolle von Kollektivvertrag und Selektivverträgen für die Weiterentwicklung der ambulanten Versorgung

„Wie verändert sich die ambulante ärztliche Versorgung?“
Tagung der Gesellschaft für Sozialen Fortschritt
Berlin, 29. Oktober 2015

Prof. Dr. Klaus Jacobs

Vor mehr als 25 Jahren: Enquete-Kommission



Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender der Enquete-Kommission
Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Endbericht der Enquete-Kommission
des 11. Deutschen Bundestages
„Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“

Bonn, 12. Februar 1990

Aufhebung des Kontrahierungszwanges

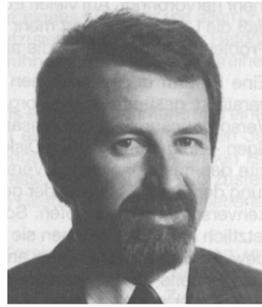
200. Teile der Kommission plädieren für eine Auflösung des bestehenden kollektiven Vertragszwanges in der kassenärztlichen Versorgung. Um insbesondere Handlungs- und Gestaltungsspielräume zu erhöhen, soll der faktische Kontrahierungszwang zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen aufgehoben werden. Dabei werden von einzelnen Mitgliedern der Kommission jeweils unterschiedliche Wege favorisiert:

- a) *Auflöckerung des kollektiven Vertragszwanges*
wobei der Sicherstellungsauftrag schrittweise auf die Krankenkassen zurückverlagert werden muß.
- b) *Ausschreibung von Versorgungsaufträgen für Kassenärzte*
Generell wird die Kassenzulassung zeitlich begrenzt und nicht mehr als lebenslanges Privileg vergeben.

Zulassung alternativer Praxisformen

Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche

Vor mehr als 25 Jahren: Enquete-Kommission



Klaus Kirschner

Klaus Kirschner, MdB
Vorsitzender der Enquete-Kommission
Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Bonn, 12. Februar 1990

Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung

Endbericht der Enquete-Kommission
des 11. Deutschen Bundestages
„Strukturreform der gesetzlichen Krankenversicherung“

Aufhebung des Kontrahierungszwanges

200. Teile der Kommission plädieren für eine Auflösung des bestehenden kollektiven Vertragszwanges in der kassenärztlichen Versorgung. Um insbesondere Handlungs- und Gestaltungsspielräume zu erhöhen, soll der faktische Kontrahierungszwang aufgehoben werden. Verschiedene

a) Auflö-

sen zur

b) Auss-

mehr a-

**Wie schnell ist
nichts passiert!**

Zulassung alternativer Praxisformen

Vernetzung der verschiedenen Versorgungsbereiche



Vor mehr als 20 Jahren: „Ochsenblut-Broschüre“

Solidarische Wettbewerbsordnung als Grundlage für eine zukunftsorientierte gesetzliche Krankenversicherung

Arbeitsgemeinschaft
der Spitzenverbände der Krankenkassen

AOK-Bundesverband, Bonn
Bundesverband der Betriebskrankenkassen, Essen
Bundesverband der Innungskrankenkassen, Bergisch Gladbach
Bundesknappschaft, Bochum
See-Krankenkasse, Hamburg
Bundesverband der landwirtschaftlichen Krankenkassen, Kassel
Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V., Siegburg
AEV – Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V., Siegburg

September 1994

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	3
2. Rahmenbedingungen	4
2.1 Demographische Entwicklung	4
2.2 Veränderung des Krankheitspektrums und Paradigmenwechsel in der Medizin	5
2.3 Prospektive wirtschaftliche Entwicklung	7
3. Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung	9
3.1 Ergebnisorientierung	9
3.2 Umfassende Versorgung, Qualität und Wirtschaftlichkeit	9
3.3 Solidarprinzip	10
4. Leistungsumfang und Finanzierung der GKV	11
4.1 Definition des Leistungskatalogs	11
4.2 Finanzierungsformen	13
5. Wettbewerbliche Steuerung im Gesundheitswesen	15
5.1 Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung	17
5.2 Weiterentwicklung der stationären Versorgung	21
5.3 Weiterentwicklung der Arzneimittelversorgung	25

Aus der „Ochsenblut-Broschüre“ von 1994

Kernbereich des Wettbewerbs ist die Vertragspolitik, da hier primär die Bedingungen der Erbringung von Leistungen bestimmt werden. Es wird in einem derartigen System darauf ankommen, möglichst wirtschaftliche und qualitativ hochwertige Formen der Leistungserbringung zu entwickeln. Im Rahmen einer wettbewerblich orientierten Krankenversicherung dient die Vertragspolitik in erster Linie dazu, optimale Vertragslösungen anzustreben, d. h. einerseits Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen, andererseits die Qualität der Versorgung zu sichern und zu verbessern. Auf der Suche nach optimalen Vertragslösungen sollte jede Kassenart eigenständige Wege vereinbaren und damit letztlich das System der gesundheitlichen Versorgung insgesamt vorantreiben können. Dabei ist ein einheitlicher Rahmen notwendig, der sicherstellt, daß die tragenden Strukturprinzipien einer auf dem Solidarprinzip basierenden sozialen Krankenversicherung gewährleistet werden. Hierzu gehört ein einheitlicher Leistungskatalog, der z. B. im Rahmen des Bundesausschusses Ärzte/Krankenkassen festgelegt werden könnte. Des weiteren sollten bestimmte Qualitätsstandards im Sinne von Mindeststandards gemeinsam und einheitlich festgelegt werden. Dazu gehört ebenso die gemeinsame Festlegung der Zugangsvoraussetzungen zur Berufsausübung für die Leistungserbringer.

(S. 16)

Aus der „Ochsenblut-Broschüre“ von 1994

5.1 Weiterentwicklung der ambulanten ärztlichen Versorgung

Ein Wettbewerb, der den Zielen der GKV am ehesten gerecht wird, sollte auf die Flexibilisierung der Versorgungsformen und der Form der Leistungserbringung gerichtet sein. Dies schließt unterschiedliche Vergütungsstrukturen und Vergütungshöhen ein. In diesem Zusammenhang stehen auch die herkömmlichen Vertragsstrukturen auf dem Prüfstand. Eine stärkere Differenzierung der Vertragsbeziehungen könnte die Flexibilisierung auf seiten der Leistungserbringung anregen und unterstützen.

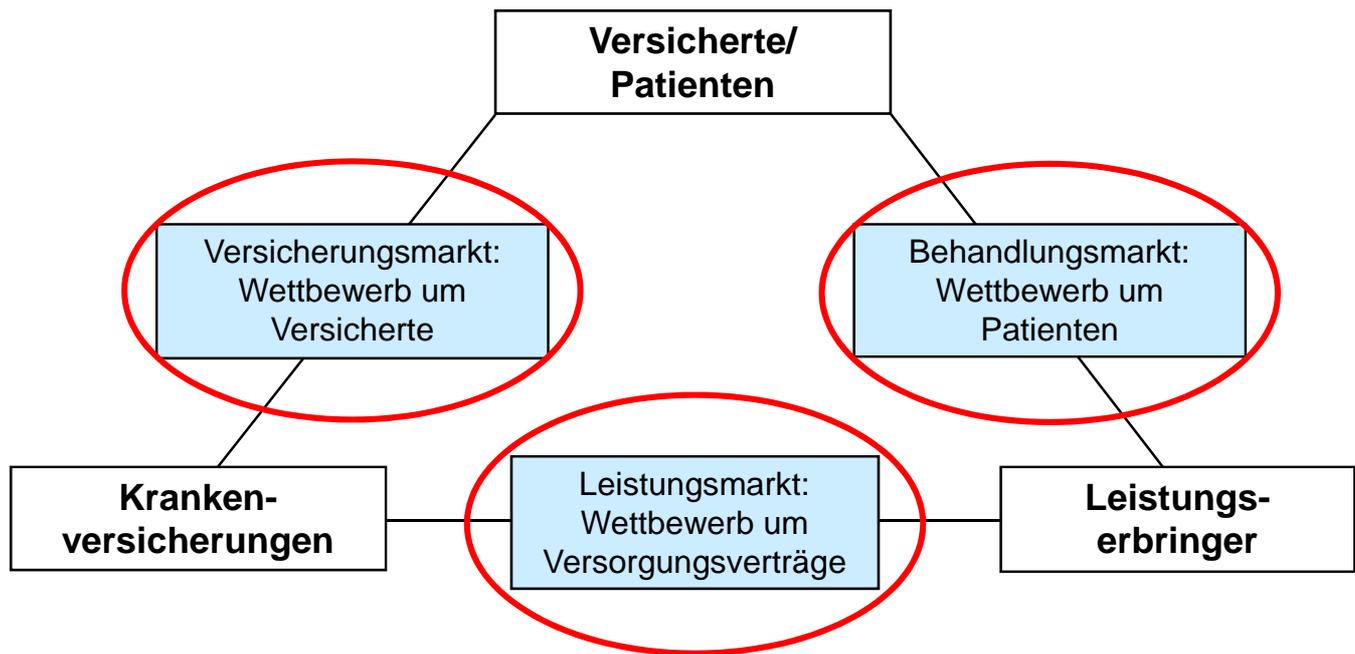
(S. 17 f.)

Im Wettbewerb soll sich eine Vielfalt unterschiedlicher Versorgungsformen entwickeln und bewähren. Anreizsysteme sind so zu setzen, daß sich kooperative Praxisformen ausdehnen.

Die Entwicklung neuer Versorgungsformen sollte die Entstehung von Versorgungsnetzen begünstigen, innerhalb derer nicht nur ärztliche Leistungen erbracht werden, sondern auch die Versorgung mit verordneten Leistungen eingeschlossen ist. Dabei muß auch die stationäre Versorgung mit einbezogen werden. Solche Versorgungsnetze, die sich speziell für chronische Erkrankungen anbieten, sollten eine integrative Versorgung leisten, die auch psycho-soziale und rehabilitative Versorgungsformen umfassen können. Im Rahmen integrativer Versorgungsangebote sollen Ärzte verschiedener Fachrichtungen und nichtärztliche Berufe unter einem Dach kooperieren. Dabei sollen neue Formen der Trägerschaft möglich werden, an denen auch Krankenkassen beteiligt sein können.

(S. 19)

Ordnungspolitische Grundlagen: Akteure und Wettbewerbsfelder in der GKV



- + Staat (Wettbewerbsordnung und Sicherung ihrer Einhaltung)
- + Gemeinsame Selbstverwaltung (Leistungskatalog, Qualitätsstandards)

Reformbeispiel: Niederlande 2006

Seit dem 1. Januar 2006 gilt in den Niederlanden ein neues Krankenversicherungsgesetz, das nach sich über viele Jahrzehnte hinziehenden Diskussionen zu Stande gekommen ist.

Das neue System stellt einen ausbalancierten Kompromiss zwischen sozialen Grundlagen und Marktdynamik dar. Ein Versicherungssystem, das den Patienten, den Versicherten also, wirklich in den Mittelpunkt stellt.

Sich verändernde Rollen in einer neuen Zeit

Staat: regelt nicht mehr alles

Versicherte: mehr und bessere Wahlmöglichkeiten

Versicherer: Konkurrenten mit gutem Leistungsangebot

Das neue Krankenversicherungsgesetz räumt den Krankenversicherungen eine stärkere Position gegenüber den Leistungsanbietern ein. Sie sind nicht mehr gehalten, mit jedem Anbieter einen Vertrag abzuschließen, sondern können sich mit den Besten verbinden; sie können auch Bedingungen an deren Leistungen knüpfen.

Leistungsanbieter: Leistungsniveau verbessern

Die Anbieter medizinischer Leistungen spielten im niederländischen Gesundheitswesen von jeher eine äußerst dominante Rolle. Sie legten in ganz erheblichem Maße fest, welche Leistungen in welcher Qualität geliefert werden sollten; es bestanden kaum Anreize, Leistungen zu verbessern und zu messen.

Das neue Krankenversicherungssystem macht dem ein Ende. Die Versicherer stellen unter dem Druck ihrer Versicherten höhere Anforderungen an Verträge mit Leistungsanbietern, sowohl qualitativ als auch in finanzieller Hinsicht.

Die Leistungsanbieter werden leistungsorientierter vorgehen müssen, sie erhalten aber auch mehr Möglichkeiten an die Hand, sich von anderen zu unterscheiden und Maßarbeit zu liefern.

**Klare Rollen-
definition und
-zuordnung –
so etwas fehlt
bei uns!**

Quelle:
Gesundheitsministerium
der Niederlande, 2006

Hausarztzentrierte Versorgung (Paragraf 73b Sozialgesetzbuch V)

2004: Einführung selektivvertraglich mit Angebotspflicht; umfassende Vorgaben durch Gesamtverträge der Kollektivvertragsparteien (zu Vergütung, Qualitätsanforderungen, Bereinigung)

2007: Wegfall der inhaltlichen Vorgaben durch Gesamtverträge; Verschärfung der Angebotspflicht (flächendeckend); unzureichende Vorschriften zur Bereinigung

2009: nochmalige Verschärfung der Angebotspflicht mit faktischem Vertragsanspruch des Hausärztesverbandes auf Schiedsbasis

2011: Vorgabe von Beitragssatzstabilität oder Nachweis von Einsparungen bei Vertragsschluss

2014: fast wieder wie 2009

Die Verpflichtung zu einem (zudem flächendeckenden) Angebot einer bestimmten Vertragsform passt nicht zum Vertragswettbewerb, ebenso wenig der Vertragsanspruch eines Akteurs und die Nachweispflicht von Einsparungen zu Beginn der Laufzeit eines Selektivvertrags. Trotz vieler Änderungen bis heute keine hinreichend wirksame Vorschrift zur Bereinigung.

Ambulante spezialfachärztliche Versorgung (Paragraf 116b SGB V)

2004: Einführung als „ambulante Versorgung im Krankenhaus“ selektivvertraglich mit weitreichenden Gestaltungsoptionen; zwei zentrale Anreizdefizite der Kassen: kein Morbi-RSA (Gefahr: Selbstselektion von teuren Kranken), keine Bereinigungsvorschrift (drohende Doppelfinanzierung)

2007: Abschaffung der Vertragsbasierung, dafür Bestimmungslösung durch Länder auf Antrag von Krankenhäusern

2012: „Wer kann, der darf“: Anbieterwettbewerb ohne Vertragsbasierung und Mengensteuerung auf Basis von Einzelleistungsvergütung

2015: Bei Onkologie/Rheuma Aufhebung der Beschränkung der Behandlung auf schwere Verlaufsformen

Bei der Bestimmungslösung (2007–2011) und bei der neuen Regelung „Wer kann, der darf“ (ab 2012) spielen Krankenkassen als Vertragspartner keine Rolle mehr. Vor einer Ausweitung dieses neuen Sektors auf weitere Leistungen kann ohne Rückkehr zu einer vertragswettbewerblichen Lösung nur gewarnt werden.

(siehe auch SVR-G 2012)

Integrierte Versorgung (Paragraf 140a ff. SGB V)

2000: Einführung selektivvertraglich mit umfassenden Vorgaben durch Gesamtverträge der Kollektivvertragsparteien, einseitige Beitrittsrechte Dritter, keine wirksamen Bereinigungsvorschriften

2004: Wegfall von Vorgaben durch Gesamtverträge und Beitrittsrechte, dreijährige Anschubfinanzierung durch Ein-Prozent-Pauschalabzug von ambulanter und stationärer Gesamtvergütung als Ersatz für fehlende Bereinigungsvorschriften

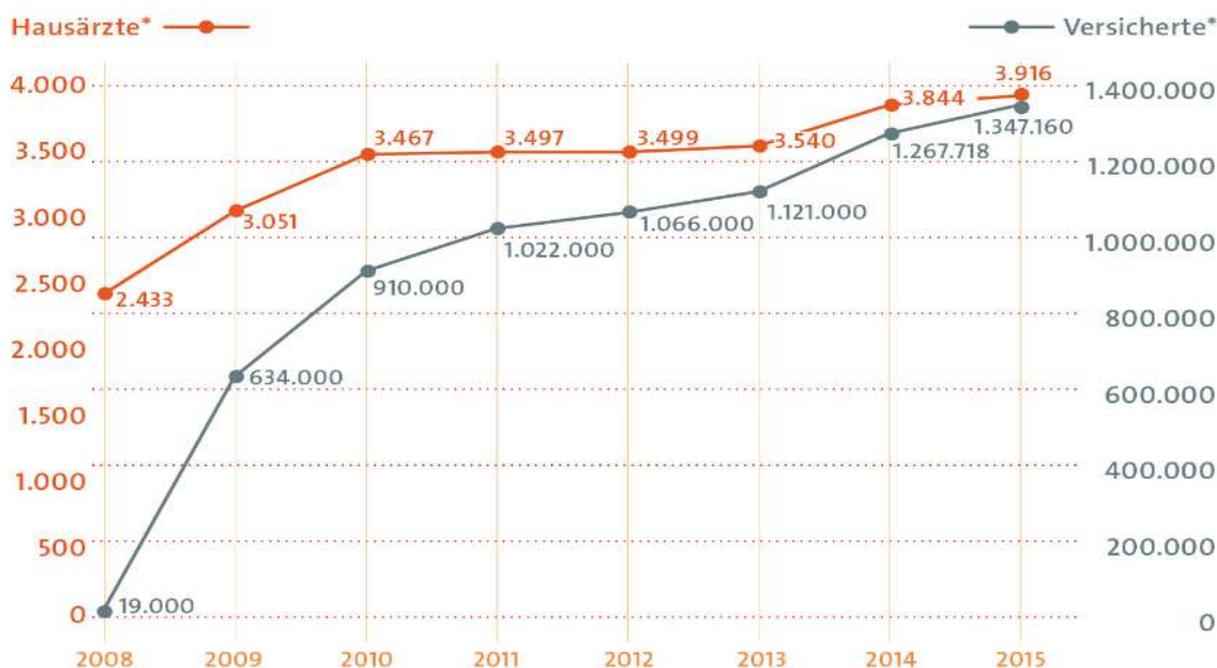
2007: zweijährige Verlängerung der Anschubfinanzierung

2011: Ausweitung des Kreises der möglichen Vertragspartner (Pharma-/Medizinproduktehersteller)

2015: Besondere Versorgung (§ 140a) Selektivvertragsoption mit nach wie vor großem Potenzial. Ambivalente Erfahrungen mit der Anschubfinanzierung: umfangreiche Selektivvertragsaktivitäten, aber auch Mitnahme- und PR-Effekte, keine echte Bereinigung. Ende der Anschubfinanzierung zeitgleich mit Einführung des Gesundheitsfonds und dominanter Zusatzbeitragsphobie.

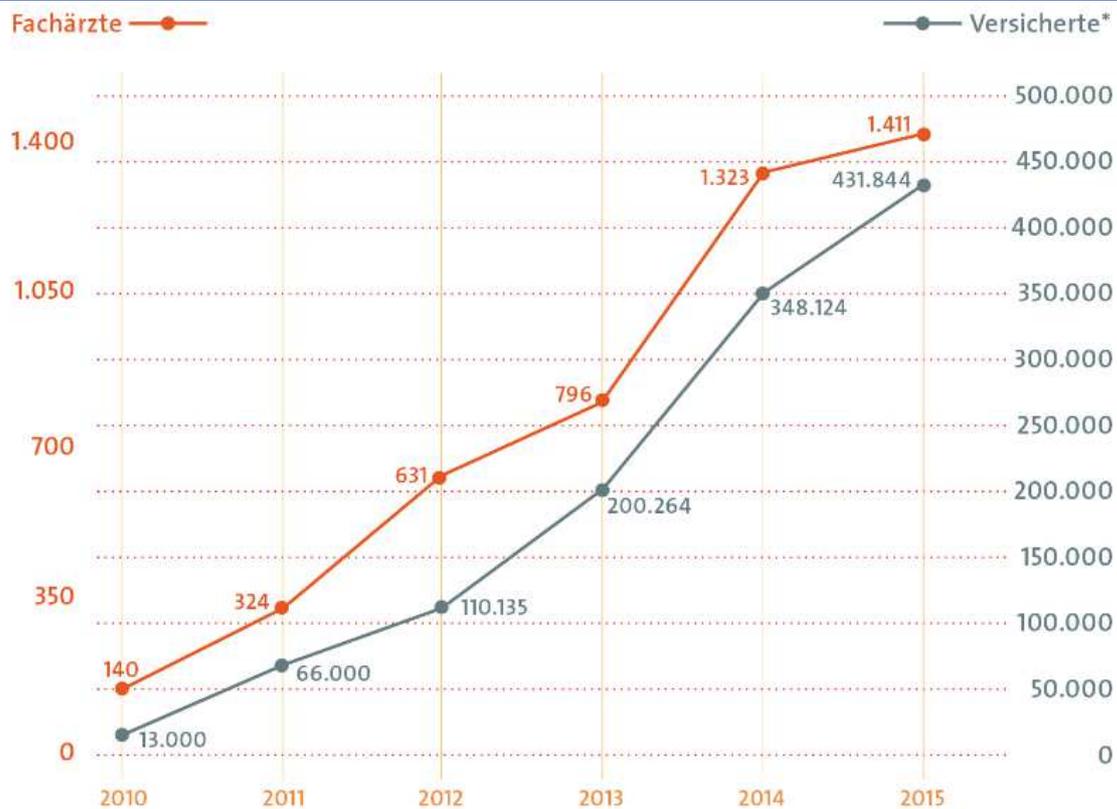
Zusammenstellung und Kommentar: Klaus Jacobs

Entwicklung Hausarztvertrag AOK Baden-Württemberg



* ab 2014 inklusive Pädiater in Verbindung mit HZV-Pädiatrie-Modul

Entwicklung Facharztverträge AOK Baden-Württemberg



Quelle: AOK Baden-Württemberg

* ab 2013 inklusive Bosch BKK

Die Rhetorik stimmt...

Der Bereich der Gesundheitsversorgung soll durch die Schaffung flexiblerer Rahmenbedingungen konsequent wettbewerbsfähig ausgerichtet werden. Krankenkassen und Leistungserbringer sollen stärker über Umfang, Preise und Qualität verhandeln können.

(Koalitionsvertrag 2005, S. 88)

Wir wollen, dass die Krankenversicherungen genügend Spielraum erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten zu können und regionalen Besonderheiten gerecht zu werden.

(Koalitionsvertrag 2009, S. 85)

Die Krankenkassen müssen Freiräume erhalten, um im Wettbewerb gute Verträge gestalten und regionalen Besonderheiten gerecht werden zu können.

(Koalitionsvertrag 2013, S. 76)

... aber die Politik ist unentschieden

• Beispiel: unklare Rolle von Selektivverträgen

>>> CDU/CSU-FRAKTION IM DEUTSCHEN BUNDESTAG
Arbeitsgruppe Gesundheit

Beschlossen am 22. Februar 2011

Das Angebot vom Bedarf des Patienten her gestalten –
14 Vorschläge für eine Reform der medizinischen Versorgung in Deutschland

Es ist notwendig, bei den anstehenden Vorhaben grundsätzlich das Verhältnis von Kollektiv- und Selektivvertrag in der medizinischen Versorgung in Deutschland zu bestimmen. Derzeit gibt es eine Vielzahl von zum Teil widersprüchlichen, jedenfalls nicht immer eindeutigen Regelungen, bei denen einerseits mehr Wettbewerb und Vertragsfreiheit propagiert wird, andererseits aber Zwangsmechanismen greifen, ohne die Frage der dauerhaften Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung im Nebeneinander von Kollektiv- und Selektivvertrag zufriedenstellend zu beantworten.

... muss in absehbarer Zeit abschließend geklärt werden,

- ob und inwieweit Selektivverträge den Kollektivvertrag tatsächlich ersetzen oder „nur“ ergänzen (Add-on) sollen.



... und inkonsistent

• Beispiel: Nebeneinander von Regelungen/Instrumenten mit ähnlichen/überlappenden Zielstellungen

- Selektivverträge zur besonderen Versorgung (§ 140a), immerhin jetzt mit der Aussicht auf eine wettbewerbsneutrale und diskriminierungsfreie Bereinigung der Gesamtvergütung auf Einzelarzteebene
- Förderung von Praxisnetzten im Rahmen der vertragsärztlichen Honorarverteilung (§ 87b)
(Gesetzesbegründung: „Ziel (...) ist die Optimierung ambulanter Versorgungsstrukturen, wodurch die Qualität sowie die Effizienz und Effektivität der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen einer intensivierten fachlichen Zusammenarbeit gesteigert werden können.“)
- Innovationsfonds (§ 92a)

➤ **Keine wechselseitige Ergänzung/Verstärkung, sondern Rollen- und Verantwortungs-Diffusion**

Innovationsfonds: zweifelhaft in Diagnose und Therapie



Prof. Dr. Karl Lauterbach

Mitglied des Deutschen Bundestages



Jens Spahn

Mitglied des Deutschen Bundestages

Derzeit scheitern viele neue Versorgungsprojekte an der fehlenden Anschubfinanzierung, und der unterschiedlichen Abrechnungssystematik in stationärer und ambulanter Versorgung. Zudem fehlt für erfolgreiche Projekte ein verbindliches und transparentes Regime zum Übergang in die Regelversorgung.

Damit tatsächlich nachhaltige Versorgungskonzepte gefördert werden, deren Schwerpunkt in der Erprobung neuer Prozessinnovationen liegt, ist eine Klarstellung des Begriffs der Innovation in der Rechtsgrundlage für den Innovationsfonds erforderlich. (Mai 2014)

- **Ist tatsächlich fehlendes Geld das wesentliche Hemmnis?**
- **Übergang in die (Regel-)Versorgung – was heißt das? (1. flächendeckend?; 2. verpflichtend für alle?; 3. evaluiert?)**
- **Nur Prozessinnovationen (= bessere Kooperation)? Was ist mit Strukturinnovationen (= neue medizin-betriebliche Versorgungseinrichtungen jenseits sektoraler Zuordnungen)?**
- **In der Zuständigkeit der „sektoralen Platzhirsche“ im G-BA?**

Die Erwartung eines Kenners der Materie

Innovation und Flexibilität kommen nicht aus Amtsstuben und Büros von Verbänden, sondern aus praktischen Versuchen und Projekten, die häufig klein anfangen, aber großes Veränderungspotenzial aufweisen. Wer das Kleingedruckte im Gesetz und in Geschäfts- und Verfahrensordnungen zum Innovationsfonds liest, der wird den Eindruck nicht los, dass gerade solche Innovationen nicht gewollt sind und sich das Gesundheitswesen im Selbstreferenziellen sonnt. So wird man in einigen Jahren wieder feststellen müssen: Es ist nichts passiert.

(Franz Knieps, Frankfurter Rundschau vom 22.09.2015)

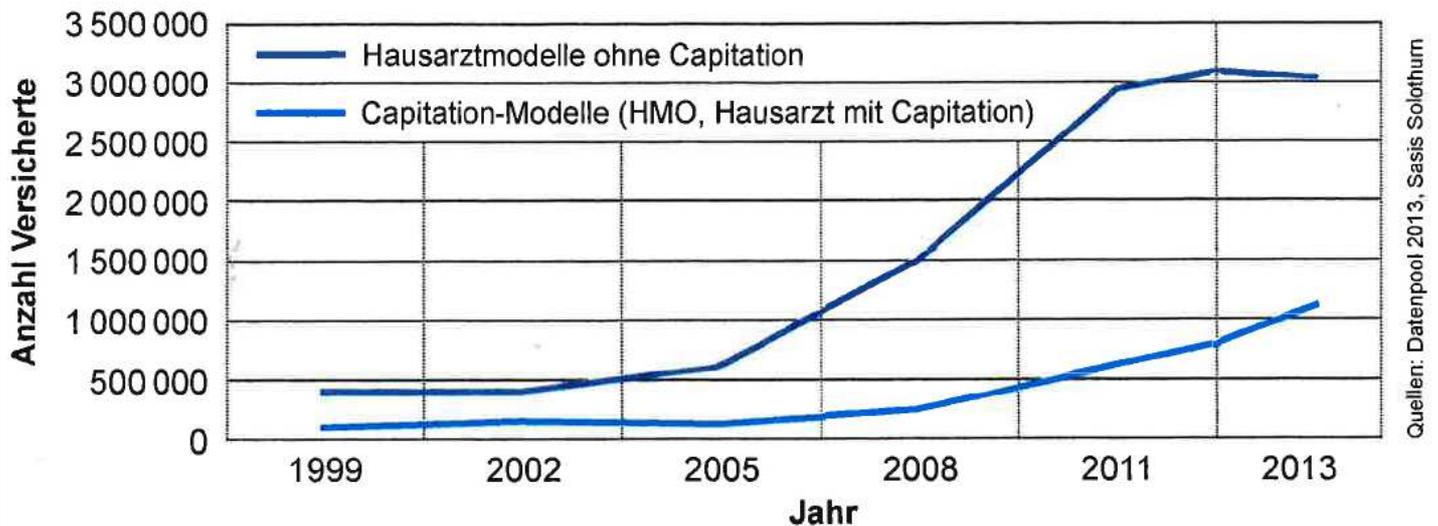
Notwendig: konsequenter Vertragswettbewerb

- Vorfahrt für Vertragswettbewerb, wo immer möglich, gemeinsam und einheitlich nur, wenn und wo nötig (= wettbewerbliche Ausnahmereiche, z.B. ländlicher Raum, Notfallversorgung, seltene Erkrankungen)
- Funktionalisierung des Kassenwettbewerbs zur Versorgungssteuerung, einschließlich der Akzeptanz von Unterschieden
- Sicherstellungsauftrag bei den Kassen auf Basis sektorenübergreifender Versorgungsplanung von Leistungen
- Rückführung der G-A-Kompetenzen auf Rahmgestaltung
- Investitionen in neue Versorgungsformen müssen sich lohnen (können), in erster Linie auch für Leistungserbringer
- Voraussetzung: politische Entscheidung im Zweifel gegen die Interessen der sektoralen Anbieterverbände (z.B. „ambulant vor stationär“ statt „KV vor Krankenhaus“)

Vorbild Schweiz? Beispiel 1

	Trendszenario Land	Trendszenario Urbane Region	Trendszenario Gross-Stadt
Regionale Merkmale	Ländliche bzw. bergige Region mit niedriger und saisonal schwankender Bevölkerungsdichte Beispiele: Unterengadin, Simmental - Saanenland	Eher städtisch geprägte, wirtschaftlich wichtige Region (Agglomeration, Einzugsgebiet >150'000 Versicherte) Beispiele: Aarau - Baden, Grossraum Luzern	Grossstädtische Agglomeration mit Einzugsgebiet von >300'000 Versicherten Beispiele: Basel, Bern, Genf - Lausanne, Zürich
Merkmale der Versorgung	Sicherstellen der Versorgung durch eine Organisation der Integrierten Versorgung, der fast alle Leistungsanbieter angehören Kein oder kaum Wettbewerb zwischen Leistungsanbietern Verträge zwischen einer Organisation der Integrierten Versorgung und mehreren Versicherern	Optimieren der Versorgung durch einige Organisationen der Integrierten Versorgung Wenig Konkurrenz zwischen Leistungsanbietern Verträge zwischen einer bis mehreren Organisationen der Integrierten Versorgung und mehreren Versicherern	Optimieren der Versorgung durch viele Organisationen der Integrierten Versorgung mit unterschiedlichen, sich konkurrierenden Angeboten Wettbewerb kann primäres Steuerungsinstrument sein Verträge zwischen mehreren Organisationen der Integrierten Versorgung und mehreren Versicherern

(fmc Schweiz 2014: Denkstoff No. 1)

Vorbild Schweiz? Beispiel 2

Seit 2011 sind mehr als 50 Prozent der Bevölkerung freiwillig in Managed-Care-Modelle eingeschrieben und profitieren durch Beitragsnachlässe von den Einsparungen in diesen Modellen.

Vielen Dank für Ihr Interesse.

Prof. Dr. Klaus Jacobs

030/34646-2182

Klaus.jacobs@wido.bv.aok.de

Besuchen Sie uns im Internet

www.wido.de