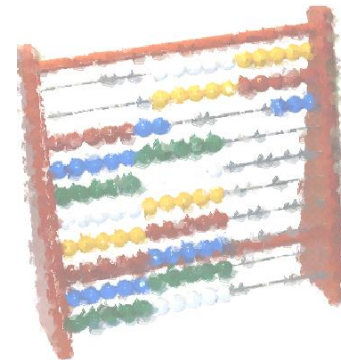


... wie aus Daten Ereignisse werden.

Staatsmedizin und alternative Kostenerstattungsmodelle

Freie Ärzteschaft, Mitgliederversammlung
07.11.2015 Frankfurt

Dr. Thomas Drabinski
Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA), Kiel



Agenda

1. KHSG
2. Zwischenfazit
3. Kostenerstattung

§ 75 SGB V

- Notdienst = vertragsärztliche Versorgung zu den sprechstundenfreien Zeiten = Teil des Sicherstellungsauftrags (§ 75 Abs.1b SGB V)
- Rettungsdienst = Rettungs- und Notfall-Transporte = NICHT Teil des Sicherstellungsauftrags (§ 75 Abs.1b SGB V)
- Notfallambulanz = Ambulanz / Aufnahmestelle des Krankenhauses = NICHT Teil des Sicherstellungsauftrags
- **NEU:** KVen sollen „*Notdienstpraxen [= Portalpraxen] in oder an Krankenhäusern einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden*“ (§ 75 Absatz 1b Satz 2) => auch personell (Voruntersuchungen)

1.

KHSG

Beschlossene Neuregelungen - Notdienst

§ 87 Abs. 2a SGB V

- NEU: Bewertungsausschuss (BA) legt bis 31.12.2016 EBM-Vergütung Notfall und Notdienst fest, differenziert nach dem Schweregrad der Fälle

§ 87 Abs. 5a SGB V

- NEU: „Ergänzter“ Erweiterter Bewertungsausschuss (E-BA => E-E-BA)
+ je 1 Mitglied der DKG und des GKV-SV

§ 87b Abs. 1 neuer S. 3 SGB V (EBM-Vergütung, Honorarverteilung)

- NEU: „*Die Vergütung der Leistungen im Notfall und im Notdienst erfolgt aus einem vor der Trennung für die Versorgungsbereiche gebildeten eigenen Honorarvolumen mit der Maßgabe, dass für diese Leistungen im Verteilungsmaßstab keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars angewandt werden dürfen.*“
- **GV = MGV + EGV + Selektiv + EGV-Notfall**
- (Noch) nicht im EBM erfasst: Notärztliche Versorgung im Rahmen des Rettungsdienstes sowie die Fälle der stationären Notfallversorgung

Beschlossene Neuregelungen – Besserstellung ambulante Vergütung im Krankenhaus

§ 120 Abs. 3 SGB V Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen

- Öffentlich geförderte Krankenhäuser: Investitionskostenabschlag von 10 % auf die EBM-Vergütung wird gestrichen
- Gilt auch für Begleitregelungen (z.B. spezialfachärztliche Leistungen nach § 116b)

§ 121 SGB V Belegärztliche Leistungen

- Belegarzt = nicht am KH angestellter Vertragsarzt, der Infrastruktur des KH nutzt; Vergütung über EBM
- Neu Abs. 6: „Für belegärztliche Leistungen gelten die Richtlinien und Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses nach den §§ 136 bis 136b zur Qualitätssicherung im Krankenhaus **bis zum Inkrafttreten vergleichbarer Regelungen für die vertragsärztliche oder sektorenübergreifende Qualitätssicherung.**“

Beschlossene Neuregelungen – QS durch Befragungen (auch ambulanter Bereich)

§ 299 Abs. 4 SGB V Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung für Zwecke der Qualitätssicherung

- NEU: „Der G-BA kann zur Durchführung von Patientenbefragungen für Zwecke der Qualitätssicherung in den Richtlinien und Beschlüssen nach den §§ 136 bis 136b eine zentrale Stelle (Versendestelle) bestimmen, die die Auswahl der zu befragenden Versicherten und die Versendung der Fragebögen übernimmt.
- In diesem Fall regelt er in den Richtlinien oder Beschlüssen die Einzelheiten des Verfahrens; insbesondere legt er die Auswahlkriterien fest und bestimmt, wer welche Daten an die Versendestelle zu übermitteln hat.
- Dabei kann er auch die Übermittlung nicht pseudonymisierter personenbezogener Daten der Versicherten und nicht pseudonymisierter personen- oder einrichtungsbezogener Daten der Leistungserbringer vorsehen, soweit dies für die Auswahl der Versicherten oder die Versendung der Fragebögen erforderlich ist.
- Der Rücklauf der ausgefüllten Fragebögen darf nicht über die Versendestelle erfolgen.“

Gesundheitspolitik verschlechtert Rahmenbedingungen der ambulanten Versorgung

Zwischenfazit

- Intensivierung der staatlichen Planungs-, Eingriffs- und Sanktionspolitik mit dem Ziel der direkten politischen Einflussnahme **in das System der ambulanten Bedarfsplanung, Versorgung und EBM-Vergütung**
- Zusätzlich Besserstellung der Rahmenbedingungen für ambulante Krankenhausversorgung (= Schlechterstellung der Niedergelassenen!)
- **Qualitätssicherung** wird zum „**Staatsmedizin-Mechanismus**“ zur Marktbereinigung ausgebaut: Ziel ist staatliche Qualitäts-Bedarfsplanung, -Kontrolle und -Sanktionierung
- **Außerhalb** dieser Staatsmedizin entstehen neue Möglichkeiten für die ambulante Versorgung, mit denen staatliche Planungsprobleme (Fehlallokationen, staatliche Wartelisten, Rationierungen) aufgefangen werden können (z.B. Kostenerstattung)
- Allerdings nur dann, wenn Gesetzgeber und G-BA diese Möglichkeiten nicht untersagen (wahrscheinlich in einer großen Koalition)

Agenda

1. KHSG
2. Zwischenfazit
3. Kostenerstattung

3.

Kostenerstattung

Ordnungspolitische und gesellschaftliche Rahmenbedingungen „günstiger“

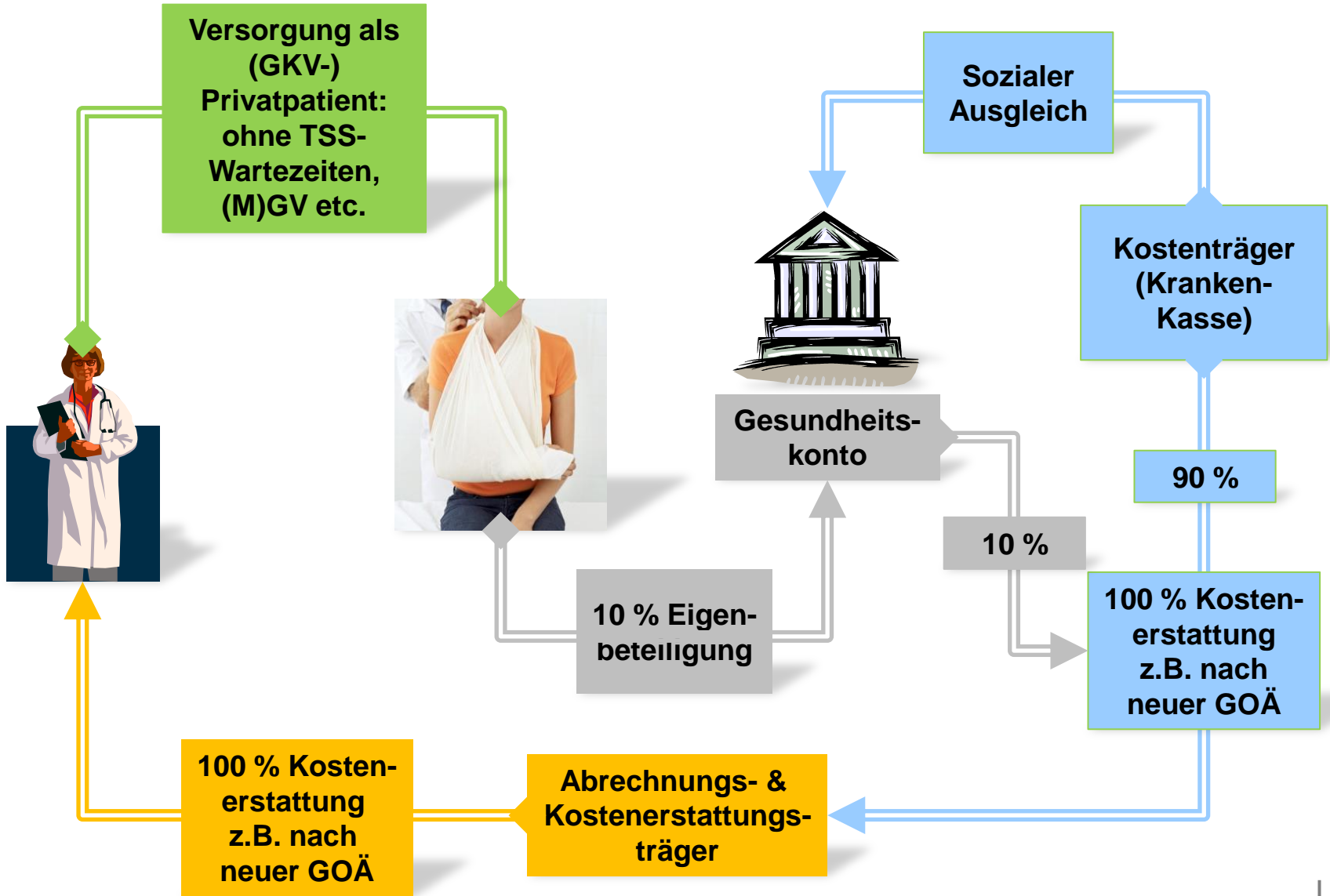
KBV-Umfrage

- repräsentative Befragung im Zeitraum März bis Mai 2015 durch FGW Forschungsgruppe Wahlen Telefonfeld GmbH:
 - 75 % der GKV-Versicherten würden nicht auf ihre Arzt-Wahlfreiheit verzichten wollen
 - 22 % der GKV-Versicherten wären bereit, einen Eigenanteil an den Behandlungskosten zu tragen
 - 27 % der Versicherten wären bereit, die Kostenerstattung zu wählen

3.

Kostenerstattung 2.0

IfMDA Modell Kostenerstattung mit Eigenbeteiligung und Gesundheitskonto



3. Kostenerstattung 2.0

Konsequenzen

Konsequenzen (Auswahl; bei Umsetzung in der Regelversorgung)

- ~~Budgets~~
- ~~Mengenbegrenzungen~~
- ~~Abstaffelungen~~
- ~~Preisstufen~~
- Prinzip der Einzelleistung
- ~~GV, MGV~~
- EGV
- ~~Priorisierung~~
- ~~TSS-Wartelisten~~
- ~~Rationierung~~
- Wahlfreiheit

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

Institut für Mikrodaten-Analyse (IfMDA)

Dr. Thomas Drabinski / Institutsleiter

Harmsstr. 13

24114 Kiel

Telefon: 0431-3857820

Telefax: 0431-3859135

Email: drabinski@ifmda.de