



**UNIKLINIK
KÖLN**

**Institut für
Gesundheitsökonomie
und
Klinische Epidemiologie**



**Reform der medizinischen Versorgung durch
eine neue einheitliche Gebührenordnung**

Prof. Dr. med. Eckart Fiedler Bremen 5. Juni 2013



Quelle: WISO Diskurs April 2013

Wettbewerb, Sicherstellung, Honorierung

Friedrich Ebert Stiftung



Mängel in der aktuellen med. Versorgung

1. Unzureichende Integration der Versorgungssektoren
2. Risikoselektion statt Qualitätswettbewerb
3. Keine nachhaltige GKV-Finanzierung
4. Medizinische Überversorgung (insbes. bei Privatpatienten)
5. Keine bedarfsgerechte Verteilung der Vertragsärzte
6. Zweiklassenmedizin
7. Diskriminierung von GKV-Versicherten

Problem : **Duales Versicherungssystem – Trennung in GKV / PKV**



Soziale Krankenversicherung

Solidarische Finanzierung (Umverteilung)

Beiträge nach Leistungsfähigkeit / med. Versorgung nach Bedarf

Wirtschaftlichkeitsgebot



Gliederung

Fairer Wettbewerb durch
gerechten Finanzausgleich



Sachleistungsprinzip

Direkte Vertragsbeziehungen zwischen
Kostenträgern und Leistungserbringern

**Keine Gewinnorientierung – Wettbewerb um Qualität
und Wirtschaftlichkeit !**



Private Krankenversicherung

- **Beitragskalkulation nach Äquivalenzprinzip**
(Risikoselektion durch Gesundheitsprüfung)
- **Kostenerstattung**
- **Gewinnorientierung** (teilw. Vereine auf Gegenseitigkeit)

Ergebnis der Risikoselektion:

Im Vergleich zur GKV zahlt ein freiwillig Versicherter in der PKV einen geringeren Beitrag für eine **bevorzugte** Behandlung!



Mängel in der aktuellen med. Versorgung

1. Unzureichende Integration der Versorgungssektoren
2. Risikoselektion statt Qualitätswettbewerb
3. Keine nachhaltige GKV-Finanzierung
4. Medizinische Überversorgung (insbes. bei Privatpatienten)
5. Keine bedarfsgerechte Verteilung der Vertragsärzte
6. Zweiklassenmedizin
7. Diskriminierung von GKV-Versicherten

Handlungsbedarf : Ersatz sowohl von GOÄ als auch von EBM durch eine
„Neue einheitliche Gebührenordnung“



Schwächen von einheitlichem Bewertungsmaßstab (EBM) und amtlicher Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

1. Der **EBM** ist ein historisches Verhandlungswerk (Verteilungskämpfe).
2. Der **EBM** weist eine hohe Komplexität auf, nicht nachvollziehbar und intransparent .
3. Der **EBM** setzt zunehmend auf Pauschalen, die häufig versorgungsinhaltlich unzureichend bestimmt sind.
4. Die **GOÄ** ist leistungsinhaltlich überholt und voller Analog-Vergütungen.
5. Die **GOÄ** bietet Anreize zur Mengenausdehnung.
6. **GOÄ** und **EBM** bilden keinen diagnosebezogenen Behandlungsbedarf ab.
7. **GOÄ** und **EBM** entbehren weithin einer betriebswirtschaftlichen Kalkulation.
8. **GOÄ** und **EBM** weisen Anreize zu Über-, Unter- und Fehlversorgung auf.

Neue einheitliche Gebührenordnung !
„Gleicher Preis für gleiche Leistung“



Eine moderne einheitliche Gebührenordnung (GO) sollte:

1. leistungsinhaltlich eine evidenz-basierte Medizin widerspiegeln;
2. patientenorientiert gestaltet sein (Morbidität im Mittelpunkt der Verteilung);
3. ein leistungsgerechtes und berechenbares Honorar ermöglichen;
4. die Vergütung diagnosebezogen nach dem relativen med. Aufwand bemessen;
5. Leistungsentgelte und Pauschalen betriebswirtschaftlich kalkulieren;
6. qualitätsorientierte Vergütungsbestandteile beinhalten;
7. die Bildung integrierter Versorgungsformen fördern;
8. Harmonisierung mit dem DRG-System anstreben (durchgängiger Indikationsbezug)
9. eine hausarztzentrierte Versorgung stützen;
10. keine Anreize zu Über-, Unter- und Fehlbehandlung setzen.



Formale Anforderungen für die Entwicklung und Einführung einer einheitlichen Gebührenordnung (GO)

1. Zuständigkeitsbereich des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA)
2. Der GBA beauftragt ein neutrales Institut (Deutsches Entgeltinstitut) insbes. mit der Entwicklung und Kostenkalkulation von diagnose-, arztgruppenbezogenen ambulanten Fallpauschalen.
3. Der bei Behandlungsanlässen regelmäßig anfallende Diagnostik-/ Behandlungsbedarf ist vom Entgeltinstitut mit Hilfe unabhängiger Kalkulationspraxen betriebswirtschaftlich zu ermitteln.
4. Zur verlässlichen Realisierung einer morbiditätsorientierten Vergütung ist eine verlässliche Diagnosekodierung (amb. Kordierrichtlinie) unabdingbar.
5. Garantie für den Erhalt des Gesamt-Honorarvolumens aus den bisherigen Gebührenordnungen für die Ärzteschaft.



Qualitätsorientierte Vergütung

1. Vergütungssysteme sollten Anreize (Boni) enthalten, welche spezielle Anstrengungen zur Verbesserung der Leistungsqualität belohnen.
2. Qualitätsorientierte Boni sind dann besonders wichtig, wenn die Vergütungsstruktur primär auf Pauschalen basiert (Gefahr der Unterversorgung).
3. Der individuelle Erfolg ist an Indikatoren der Struktur- / Prozess- / Ergebnisqualität zu messen (z.B. Fortbildung / Pat-Zufriedenheit / Prävention / Leitlinienorientierung / Vermeidung von Krankenhausaufenthalten).
4. Bei Indikatoren der Ergebnisqualität ist eine Risikoadjustierung nach Morbiditätskriterien sowie Berücksichtigung der Compliance der Patienten erforderlich.
5. Qualitätsziele müssen Anreize schaffen, gut messbar, eindeutig zuordnungsfähig und möglichst aus Routinedokumentationen abgreifbar sein.
6. Vorsichtiger Einstieg (1-3% der Gesamtvergütung)



Hausärztlicher Vergütungskomplex:

1. altersadjustierte Fallpauschalen,
2. morbiditäts-basierte Zusatzpauschalen für die leitliniengerechte Versorgung chronischer Erkrankungen, ggf. Zuschläge bei Multimorbidität,
3. Einzelleistungsvergütungen und Kompletpauschalen* für ausgesuchte förderungswürdige Leistungen,
4. Bonus/Leistungsanteile p4p, gemessen anhand von Parametern der Ergebnis- und der Prozessqualität.

* Technische Gebührenordnungspositionen sollten generell nach fixen und variablen Kostenanteilen differenziert werden. Der Fixkostenanteil ist nur bis zu einem Höchstwert zu vergüten.



Fachärztlicher Vergütungskomplex:

Die fachärztliche Vergütung ist je nach Versorgungsauftrag und Leistungen der betroffenen Facharztgruppen zu differenzieren:

1. Arztgruppenbezogene, morbiditäts-basierte Pauschalen (ggf. adjustiert nach Schweregrad und/oder Co-Morbiditäten), gebunden an Parameter der Ergebnis- und Prozessqualität (z.B. leitliniengerechte Versorgung).
2. Für die spezialfachärztliche Versorgung sind die Pauschalen mit den stationären Vergütungssystemen (DRG) zu harmonisieren.
3. Einzelleistungsvergütung und Komplexpauschalen (Auftragsleistungen) für ausgesuchte förderungswürdige Leistungen.
5. Bonus/Leistungsanteile p4p, gemessen anhand von Parametern der Ergebnis- und der Prozessqualität.



Ergebnisse einer neuen einheitlichen Gebührenordnung (GO) sollten sein:

- 1. qualitativ hochwertige, bedarfsgerechte ambulante medizinische Versorgung;**
- 2. transparente und für den Leistungserbringer wie Kostenträger möglichst kalkulierbare Vergütung;**
- 3. Patienten (morbiditäts) orientierte, für den Arzt leistungsgerechte, den Beitragszahler nicht überfordernde Vergütung;**
- 4. qualitätsorientierter Vergütungsanteil (Wettbewerb um Qualität);**
- 5. durchgehende ambulante Gebührenordnung für alle Leistungssektoren (Förderung der Integration / Wettbewerb der Angebotsformen)**



Bei kassenspezifischen **SELEKTIV-VERTRÄGEN** müssen Preissignale (Vergütungsunterschiede) möglich sein.

Erfordernis: Parallele Einführung von neuer einheitlicher Gebührenordnung und **Bürgerversicherung** (RSA)!!



Bürgerversicherung heißt: Integration von GKV und PKV!

Aufhebung der Versicherungspflichtgrenze !

- PKV-Kassen werden gleichberechtigte Partner
- Bestandsschutz für Alt-PKV-Versicherte (Wechseloption für ein Jahr)

Mindestanforderungen an den Bürgerversicherungstarif:

- Kontrahierungszwang (keine Gesundheitsprüfung).
- Einheitlicher gesetzlicher Leistungskatalog.
- Direkte Vertragsbeziehungen zwischen Kostenträgern und Leistungserbringern (Sachleistungsprinzip)
- Einbeziehung aller Versicherten in den Gesundheitsfonds (Finanzausgleich)
- **Solidarische Finanzierung**



Eckpunkte einer Bürgerversicherung (Vorschlag SPD)

- **Paritätische Finanzierung**
Geschätzte Ausgaben der BV für das Folgejahr - bereinigt um den Steuerzuschuss - werden hälftig geteilt und auf Bürger- und Arbeitgeber-Beitrag umgelegt.
- **Bürgerbeitrag**
Wird wie bisher linear, als prozentualer Anteil von den Arbeitseinkünften bis zur Beitragsbemessungsgrenze (3.937,50 Euro) - bei Absenkung des Mindestbeitrages auf 401,00 Euro – erhoben.
- **Arbeitgeberbeitrag** (Lohnsummenbeitrag)
Linearer, prozentualer Anteil an der gesamten Lohnsumme des Betriebes (einschl. aller Einmalzahlungen) -ohne BBG!
- **Kapitalerträge**
Steuerzuschuss wird entsprechend der Aufkommensentwicklung der Umsatzsteuer dynamisiert und über eine Erhöhung der Kapitalertragssteuer finanziert



Verbesserung Finanzkraft

- Stärkung der **Solidarität**,
da alle BürgerInnen in den Sozialausgleich einbezogen werden.
- Stärkung der **Nachhaltigkeit**,
da Kapitalerträge zur Finanzierung herangezogen werden.
- Stärkung der **Gerechtigkeit**,
da kapitalintensive Betriebe (Banken / Versicherungen) mehr,
arbeitsintensive weniger zahlen.

Geschätzte Beiträge auf der Basis der Eckwerte für 2013:

Bürgerbeitrag 7,6% / Arbeitgeberbeitrag 7,1%



Reform der med. Versorgung durch eine neue einheitliche Gebührenordnung in Verbindung mit einer Bürgerversicherung

1. Qualität und Wirtschaftlichkeit durch verbindliches Sachleistungssystem
2. Grundsätzliche Gleichbehandlung aller Versicherten
3. Gleichmäßigere ärztliche Versorgung
4. Wahlfreiheit für alle Versicherten
5. Chancengleichheit im Wettbewerb
6. Stärkung des allgemeinen Qualitätsbewusst seins
7. Beseitigung von Strukturdefiziten (Selektivverträge)
8. Wettbewerb um die bestmögliche Versorgung (Chroniker-Programme / hausarztzentrierte Versorgung etc.)



**UNIKLINIK
KÖLN**

Institut für
Gesundheitsökonomie
und Klinische Epidemiologie

**Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!**

