

Fragen der Facharztfraktion der KVB VV vom 22.4.2011	Antwort KVB vom 20.7.2011 so gesehen auf der website der KVB	Kommentar zu den Antworten der KVB
<p>Frage 1. Welche Möglichkeiten zur Ablösung des Sachleistungsprinzips durch Kostenerstattung (KE) bietet aus Sicht der KVB das aktuelle GKVVG?</p>	<p>Mit dem GKV Versorgungsgesetz werden keine weiteren Möglichkeiten zur Einführung der Kostenerstattung geschaffen. Die KVB plant derzeit, ein Modellvorhaben auf den gesetzlichen Grundlagen durchzuführen.</p>	<p>Alles bleibt, der Gesetzgeber denkt nicht daran, KE zu fördern. Die Ankündigung im Koalitionsvertrag werden nicht umgesetzt. Es bleiben nur die bisherigen Werkzeuge, wie Modellversuche</p>
<p>Frage 2. Handelt es sich bei dem intelligenten Konzept der KVB zur KE um ein implizites KE System?</p>	<p>Ja, bei unserem Konzept werden bei jeder Behandlung 10% der Behandlungskosten vom Gesundheitskonto abgebucht. Die restlichen 90% werden von der KK an die KV als implizite Kostenerstattung überwiesen. Im Gegensatz zur expliziten Kostenerstattung, bei der der Versicherte die Kosten der Versorgung finanzieren muss, muss der Versicherte bei der impliziten Kostenerstattung die Kosten der Versorgung nicht zwischenfinanzieren. Dies dient auch dem Bürokratieabbau beim Arzt und Patienten.</p>	<p>Es bleibt also bei den Budgets. Es handelt sich um eine alternative Form der Honorarverteilung. Es werden keine Angaben gemacht, was passiert, wenn das Gesundheitskonto unterdeckt ist. Offenbar wird der Unterschied zu explizit und implizit nicht verstanden. Die entscheidende Frage ist, kommt mehr Geld ins System oder nicht. Die Antwort ist in dieser Hinsicht klar: es gibt nicht mehr Geld. Unklar ist auch die Bestückung des Gesundheitskontos (Teil des Beitrages, feste Summe, Behandlungskosten des Vorjahres??)</p>
<p>Frage 3. Handelt es sich bei dem intelligenten Modell der KVB um ein System der Direktabrechnung?</p>	<p>Es ist sowohl eine Direktabrechnung als auch eine Abrechnung ähnlich zur bisherigen KV-Abrechnung denkbar. In welcher Form die Abrechnung stattfinden wird, ist mit den interessierten Kassen einzeln zu entscheiden. Ziel ist es, dass die Kostenerstattung über die KVB abgerechnet wird.</p>	<p>Keine Direktabrechnung!</p>
<p>Frage 4: Wie sehen die Vorstellungen zur Bereinigung beim Wechsel in die KE aus?</p>	<p>In welcher Form eine Bereinigung erfolgen wird, ist noch abschließend zu klären</p>	<p>Es gibt keine Vorstellungen. Auch in dem kürzlichen Gespräch in der KVB war nicht zu erkennen, ob die Bereinigungsproblematik wahrgenommen wird.</p>

Fragen der Facharztfraktion der KVB VV vom 22.4.2011	Antwort KVB vom 20.7.2011 so gesehen auf der website der KVB	Kommentar zu den Antworten der KVB
<p>Frage 5: Soll in dem intelligenten System zur KE der KVB das Sachleistungssystem abgelöst werden, oder handelt es sich um ein freiwilliges KE System?</p>	<p>Im Rahmen unseres Modellprojektes handelt es sich um ein freiwilliges KE System. Alles andere ist politisch nicht durchsetzbar.</p>	<p>Sachleistungsprinzip bleibt, freiwillig wohl nur für den Patienten.</p>
<p>Frage 6: Soll in einem freiwilligen System auch der Arzt/PT ein Wahlrecht für KE erhalten?</p>	<p>Im Rahmen unseres Modellprojektes ist die Teilnahme für Ärzte und Psychotherapeuten freiwillig. Teilnehmende Ärzte müssen im Modell eingeschriebene Patienten nach GOÄ abrechnen, nicht eingeschriebene Patienten können weiterhin nach EBM abgerechnet werden.</p>	<p>Also kein Wahlrecht des Arztes, was macht ein nicht teilnehmender Arzt/PT mit einem teilnehmenden Patienten?</p>
<p>Frage 7: Gibt es Zahlen, wie viele Patienten freiwillig KE wählen? Wie sollen Patienten motiviert werden KE zu wählen? Gibt es Gründe für Patienten, KE zu wählen?</p>	<p>a) Trotz der derzeit geringen finanziellen Attraktivität (nur rund 50 % Kostenerstattung durch die Kasse) haben 304.077 GKV-Versicherte die Kostenerstattung gewählt (Stand 2010).</p> <p>b) Durch finanzielle Anreize (volle Quote der Kostenerstattung) und durch versorgungsseitige Anreize (Modellprojekt VGB).</p> <p>c) Stärkung der Patienten/Arzt-Beziehung, Stärkung der Eigenverantwortung, mehr Transparenz, Information und Partizipation, mehr Zeit für Diagnose, Behandlung und Therapie (insbesondere für chronisch Kranke), Aufrechterhaltung der wohnortnahe Versorgung (vor allem im ländlichen Raum), quasi Gleichstellung mit Privatpatienten, finanzielle Attraktivität ist möglich, Verbesserung der gefühlten und der tatsächlichen Versorgungsqualität.</p>	<p>a) das entspricht ca. 0,5 % der Versicherten. Das bedeutet, dass in jeder Praxis zw. 2 und 10 Patienten betreut werden.</p> <p>b) welche finanziellen Anreize hat der Patient? Volle Quote hat der Arzt?</p> <p>c) das würde alles im Sachleistungsprinzip viel besser gehen, wenn es keine Budgetierung gäbe. (Einzelleistungsvergütung) Wenn keine Abrechnung über den Patient läuft, gibt es nicht mehr Transparenz. Wieso Gleichstellung mit Privatpatienten, wenn es nicht mehr Geld gibt? Die Arzt/Patientenbeziehung wird nun gerade nicht gestärkt durch KE, sondern im Gegenteil. Wieso dann auch noch mehr Ärzte aufs Land gehen? Das ist wohl nur eine Sprechblase. Dafür gibt es keine Anhaltspunkte.</p>

Fragen der Facharztfraktion der KVB VV vom 22.4.2011	Antwort KVB vom 20.7.2011 so gesehen auf der website der KVB	Kommentar zu den Antworten der KVB
<p>Frage 8: Sollen in einem KE System Vorgaben des SGB V gelten oder nicht? (Beitragssatzstabilität, Zwang zur wirtschaftlichen Verordnungsweise, Qualitätssicherung u.a.).</p>	<p>Bei einer Vereinbarung nach § 63 Abs. 6 oder § 64 Abs. 1 Satz 2 SGB V, finden die genannten Punkte Anwendung und sind Bestandteil solcher Modelle</p>	<p>Alle Quälmechanismen des KV Systems bleiben bestehen.</p>
<p>Frage 9: Soll KE auch im hausärztlichen Versorgungsbereich eingeführt werden? Wenn nein, warum nicht?</p>	<p>Es handelt sich hier um ein Modellprojekt, bei dem es prinzipiell denkbar ist, dass auch Hausärzte direkt teilnehmen. Auch eine Verzahnung mit HZV-Verträgen ist denkbar.</p>	<p>Dagegen steht der Beschluss der VV, die eine Öffnung für alle Ärzte bei KE Modellen abgelehnt hat. (Antrag 5 der letzten VV) HZV ist Sachleistung pur! Wie das zu verzahnen ist, bleibt schleierhaft. Bisher gibt es zur Verzahnung offenbar noch keine konkreten Vorstellungen.</p>
<p>Frage 10: Soll KE auch im Krankenhaus eingeführt werden? Wenn nein, warum nicht?</p>	<p>Die Einführung einer Kostenerstattung im Krankenhaus wird derzeit nicht von der KVB gefordert, da das Abrechnungssystem im Krankenhaus (DRG mit Basisfallwerten) bereits ein direktes Kostenerstattungssystem zwischen Krankenhaus und Kostenträger ist. Es gibt intelligentere Ansätze, um mit den Verträgen zur Kostenerstattung das Prinzip „ambulant vor stationär“ zu verwirklichen.</p>	<p>Krankenhaus bleibt Sachleistung. Damit Wettbewerbsvorteil der Krankenhäuser. Da Hausärzte zur KE von der KVB nicht befragt wurden und auch die VV der KVB eine Öffnung für alle Ärzte abgelehnt hat, ist das Szenario HÄ und Krankenhäuser im Sachleistungsprinzip und Fachärzte in der Kostenerstattung denkbar. Das wäre ein kurzfristiges Vernichtungsprogramm der Fachärzte!  Wie die intelligenteren Ansätze ambulant vor stationär aussehen, bleibt offen.</p>

Fragen der Facharztfraktion der KVB VV vom 22.4.2011	Antwort KVB vom 20.7.2011 so gesehen auf der website der KVB	Kommentar zu den Antworten der KVB
<p>Frage 11: Gibt es eine Aufstellung zu Arzteinkommen, insbesondere den Einkommen von Fachärzten in KE Systemen in Europa? Gibt es einen Zusammenhang zwischen Arzteinkommen und den unterschiedlichen Systemen KE/Sachleistung?</p>	<p>Vergleiche zwischen Gesundheitssystemen sind sehr aufwändig. Zuverlässige Datenquellen für internationale Vergleiche sind bei der OECD, Eurostat und der WHO zu finden, allerdings nur auf hochaggrierter Ebene. Eine aufwändige Auswertung zur Beantwortung der Frage müsste über ein Forschungsprojekt von der KVB initiiert werden. Ob dies nicht eine Verschwendung von Ressourcen wäre, bleibt dahingestellt.</p>	<p>Solche Vergleiche gibt es. Es gibt keinen Zusammenhang zwischen Arzteinkommen und Vergütungssystem</p>
<p>Frage 12: Gibt es eine Bürokratiekostenabschätzung? Insbesondere des Modelles der Solidargutschrift von Drabinski?</p>	<p>Mögliche Bürokratiekosten unterschiedlicher KE Ansätze werden derzeit abgeschätzt. Dabei wird zwischen den Bürokratiekosten in Bezug auf die Initiierungskosten und in Bezug auf die laufenden Kosten zu unterscheiden sein. Initiierungskosten fallen an, um einen neuen Modell- und Abrechnungsrahmen bei der KVB zu installieren, laufende Kosten fallen im direkten KVB-Abrechnungsprozess der KE nach GOÄ an. Dem gegengerechnet werden müssen die Einsparungen im bestehenden KVB-Abrechnungsprozess der Sachleistungen.</p>	<p>Es gibt offenbar keine Vorstellungen zu den Bürokratiekosten</p>
<p>Frage 13: Welche Erfahrungen gibt es mit KE Modellen? Gibt es Modelle, die einer Analyse zugänglich sind?</p>	<p>KE-Modelle werden von einzelnen Krankenkassen seit wenigen Jahren erprobt. Daten und Erkenntnisse hierzu verbleiben in den jeweiligen Krankenkassen und werden Dritten nicht zur Verfügung gestellt. Deshalb will die KVB Modellprojekte wie das VGB anstoßen, um neue Erkenntnisse zu erlangen.</p>	<p>Es gibt Erfahrungen. (BKK Nord)! Die Nachfrage war minimal, obwohl es optimale Bedingungen für KE bestanden.</p>
<p>Frage 14: Welche Gebührenordnung soll in einem KE Modell gelten?</p>	<p>Geplant ist eine Einzelleistungsvergütung nach GOÄ. Die GOÄ-Multiplikatoren sollen hierbei zu Beginn eines Abrechnungsjahres durch Verhandlungen zwischen KVB und den beteiligten Krankenkassen festgelegt werden.</p>	<p>Wenn das Geld nicht reicht, wird der Steigerungsfaktor verhandelt. Gilt da die Morbidität wieder? Das erinnert an den unseligen floatenden Punktwert.</p>

Fragen der Facharztfraktion der KVB VV vom 22.4.2011	Antwort KVB vom 20.7.2011 so gesehen auf der website der KVB	Kommentar zu den Antworten der KVB
<p>Frage 15: Welche Vorstellungen bestehen in der KVB zum Inanspruchnahmeverhalten der Patienten bei Einführung der KE?</p>	<p>Die KVB erwartet eine rückläufige Zahl nichtnotwendiger Arztbesuche. Kompensiert wird dieser Leistungsrückgang durch die Vergütung nach GOÄ. Der Behandlungsbedarf wird den Bedürfnissen angepasst.</p>	<p>Die Kompensation durch die GOÄ stimmt nur im Einzelfall, nicht bei sinkender Inanspruchnahme. Es kann gar nicht mehr Geld geben, da implizites System. Der Begriff des „Behandlungsbedarfs“ ist in der Diskussion besetzt, es sollte die „Behandlungsintensität“ verwandt werden.</p>
<p>Frage 16: Rechnet die KVB mit unterschiedlichen Effekten auf unterschiedliche Fachgruppen durch Einführung der KE?</p>	<p>Bei der Einführung der Praxisgebühr kam es zu einem unterschiedlichen starken Fallzahlrückgang in den verschiedenen Fachgruppen. Dass sich dieser Effekt bei der Einführung der KE wiederholen wird, ist zu erwarten. Auch wäre dieser Effekt kein vorübergehender, da der Patient über das Gesundheitskonto indirekt und direkt an seinen Krankheitskosten beteiligt ist.</p>	<p>Die KVB rechnet somit mit massiven Verschiebungen zw. den Arztgruppen. Wenn es so geht, wie bei der Praxisgebühr, dann sind besonders Arztgruppen betroffen, die ein volatiles Kontrollintervall anbieten (Chroniker, Augendruck, Kontrolluntersuchungen bei Zustand nach....) und Ärzte die hart an der Substitutionsgrenze arbeiten (Augenärzte, Dermatologen, Gynäkologen, FÄ Internisten....)</p>
<p>Frage 17: Soll bei Einführung der KE die Förderung der Primärananspruchnahme in der HZV bestehen bleiben?</p>	<p>Ein bestehender HzV-Vertrag und die Einführung der KE schließen sich grundsätzlich nicht aus. Dies gilt grundsätzlich auch für andere Selektivverträge.</p>	<p>Das möchte ich bezweifeln. Ein Patient müsste dann für den HÄ und den FÄ Versorgungsbereich getrennt KE wählen können. Die weiterbestehende Förderung der Primärananspruchnahme des Hausarztes und das Sachleistungsprinzip der Krankenhäuser bringen die Fachärzte in die Klemme.</p>

Fragen der Facharztfraktion der KVB VV vom 22.4.2011	Antwort KVB vom 20.7.2011 so gesehen auf der website der KVB	Kommentar zu den Antworten der KVB
<p>Frage 18: Ist eine Befragung der HÄ zur KE noch vorgesehen, wenn nein, warum nicht?</p>	<p>Das Modell wird auf freiwilliger Basis laufen, eine Teilnahme bleibt jedem Arzt und Psychotherapeuten selbst überlassen. Grundsätzlich werden wir jeder Fachgruppe eine Beteiligung ermöglichen. Wie der jeweilige Berufsverband zu dem Modell steht und was dieser seinen Mitgliedern empfiehlt, können wir nicht beurteilen.</p>	<p>Das ist nicht korrekt, da nur der Patient wählen kann. Der Arzt kann nur wählen, nicht am Modellversuch mitzumachen, er muss am Modellversuch mitmachen, wenn er einen Patienten der die KE gewählt hat, behandeln will.</p>
<p>Frage 19: Wenn bei der Befragung sich eine Gruppe gegen KE ausspricht, wie geht der Vorstand der KVB dann vor? Wird für diese Gruppierung dann von der Zielrichtung – Einführung KE – abgesehen?</p>	<p>Im Rahmen des Modellprojektes Kosten-erstattung ist die Teilnahme jeder Fachgruppe bzw. jedes Arztes freiwillig. Für nicht-teilnehmende Ärzte ergeben sich keine Veränderungen zum bisherigen Vergütungssystem. Dies gilt insbesondere für die Psychotherapeuten, die sich weitgehend gegen ein KESystem ausgesprochen haben.</p>	<p>Die Frage wurde nicht verstanden. Was macht ein PT, wenn ein Patient kommt der KE gewählt hat? Es muss ihn, wenn er nicht teilnehmen will, abweisen, oder? Oder dann nach EBM behandeln? Gilt die Behandlungspflicht weiter? Oder wie?</p>
<p>Frage 20: Sollen bei Einführung der KE bestimmte Leistungen ausgenommen werden und im Sachleistungssystem verbleiben? (z.B. Prävention, Tumornachsorge, psychische Krankheiten, Empfängnisverhütung u.a.?)</p>	<p>Unterschieden werden muss hier die ärztliche Vergütung und die Berechnung des Gesundheitskontos des Versicherten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>· Teilnehmende Ärzte erhalten für alle erbrachten Leistungen (einschließlich Prävention usw.) die Vergütung nach GOÄ.</li> <li>· Bei Inanspruchnahme von bestimmten Leistungen (z.B. Prävention) ist vorgesehen, dass das Gesundheitskonto nicht belastet wird oder sogar eine Bonifizierung erfolgt _ so wird entgegengewirkt, dass notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden</li> </ul>	<p>Es wird ein Hauen und Stechen geben um die Leistungen, die ausgenommen oder bonifiziert werden. Das müsste dann ja wohl auch mit der Kasse vereinbart werden? Übrigens gehen die Verfasser auch davon aus, dass notwendige Leistungen nicht in Anspruch genommen werden, wenn man das System nicht steuert.</p>
<p><b>Zusammenfassung</b></p>		
<p>Bei dem Modell der KVB handelt es sich um eine alternative Honorarverteilung unter Budget. Die Gesamtvergütung wird über die Anpassung des Steigerungsfaktors eingehalten. Die Sozialgrenzen (1 oder 2 % des Einkommens) bleiben bestehen, so dass der finanzielle Steuereffekt minimal ist. Wer aber die vermehrte Inanspruchnahme im Einzelfall zahlt, bleibt unklar. Eine weitergehende Vorstellung zu Einzelheiten, wie Bereinigung, Steuerung bei Budgetüberschreitung, Inanspruchnahme, Bürokratiekosten, Einschränkung der Arzt/PT Wahl u.v.m. besteht offenbar nicht. Da sich die Gesetzeslage nicht ändert, ist das Modell so attraktiv, wie die Modelle bisher. Noch dazu ist es wohl nur eine Hoffnung, dass die Kassen eine 100 % Erstattung akzeptieren werden. Dies ist nur zu erwarten, wenn alle Regelungen und Begrenzungen des Sachleistungsprinzips ebenfalls vollständig gelten. Die KVB selbst sieht massive Risiken für einzelne Fachgruppen, wobei noch keine Recherchen</p>		

bei bestehenden KE Modellen unternommen wurden.

Das einzig Positive ist, dass der Patient sieht, dass sein Gesundheitskonto nicht ausreicht und dann lieber zuhause bleibt. Es wird transparent, was etwas kostet, das könnte ich aber über Arztbriefprojekt leichter und besser regeln.

Es bleiben natürlich noch viele Fragen, z.B. wie hoch ist denn das Gesundheitskonto? 10 % der Kosten des letzten Jahres? 10 % des Beitrages? Ein fester Betrag? Was passiert mit nicht abgerufenem Gesundheitskonto? Kann ich sammeln? Kriegt man es ausgezahlt?

Im Ganzen ein Experiment, das noch nicht ansatzweise durchdacht oder ausgereift ist, mit massiven Risiken für die Vertragsärzte. Die ungeklärte Bereinigung ist wie die fehlende Endlagerung der Atomenergie.