

# **Die EBM-Reform: Wann kommen die ambulanten DRG?**

**6. Nationales DRG-Forum**

**Berlin 20.04.2007**

**Dr. Wulf-Dietrich Leber**

**AOK-Bundesverband**

# Gang der Handlung

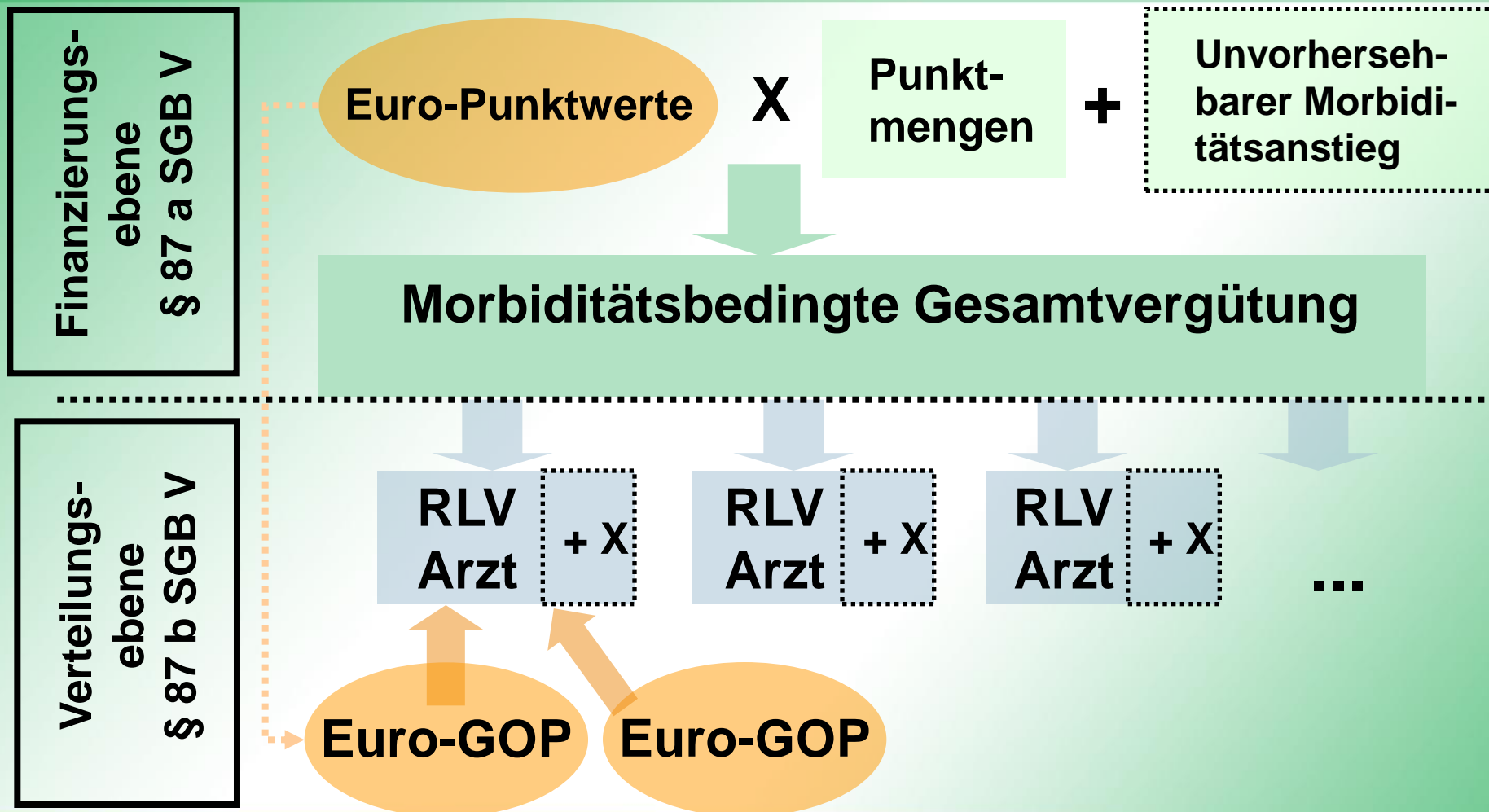
- 1 WSG – ein Wettbewerbsvernichtungsgesetz**
- 2 EBM 2008  $\approx$  EBM 2000+ ?**
- 3 Belegarztwesen**
- 4 116b – Chaos vorprogrammiert**
- 5 Konvergenz der Vergütung?**

- **Das WSG ersetzt die kassenspezifischen Gesamtverträge mit der KV durch kollektivvertragliches System. Das ist Vernichtung von bestehendem Wettbewerb.**
- **De facto wird ein System der regionalen Einheitsversicherung geschaffen. Wettbewerb bleibt Arabeske.**

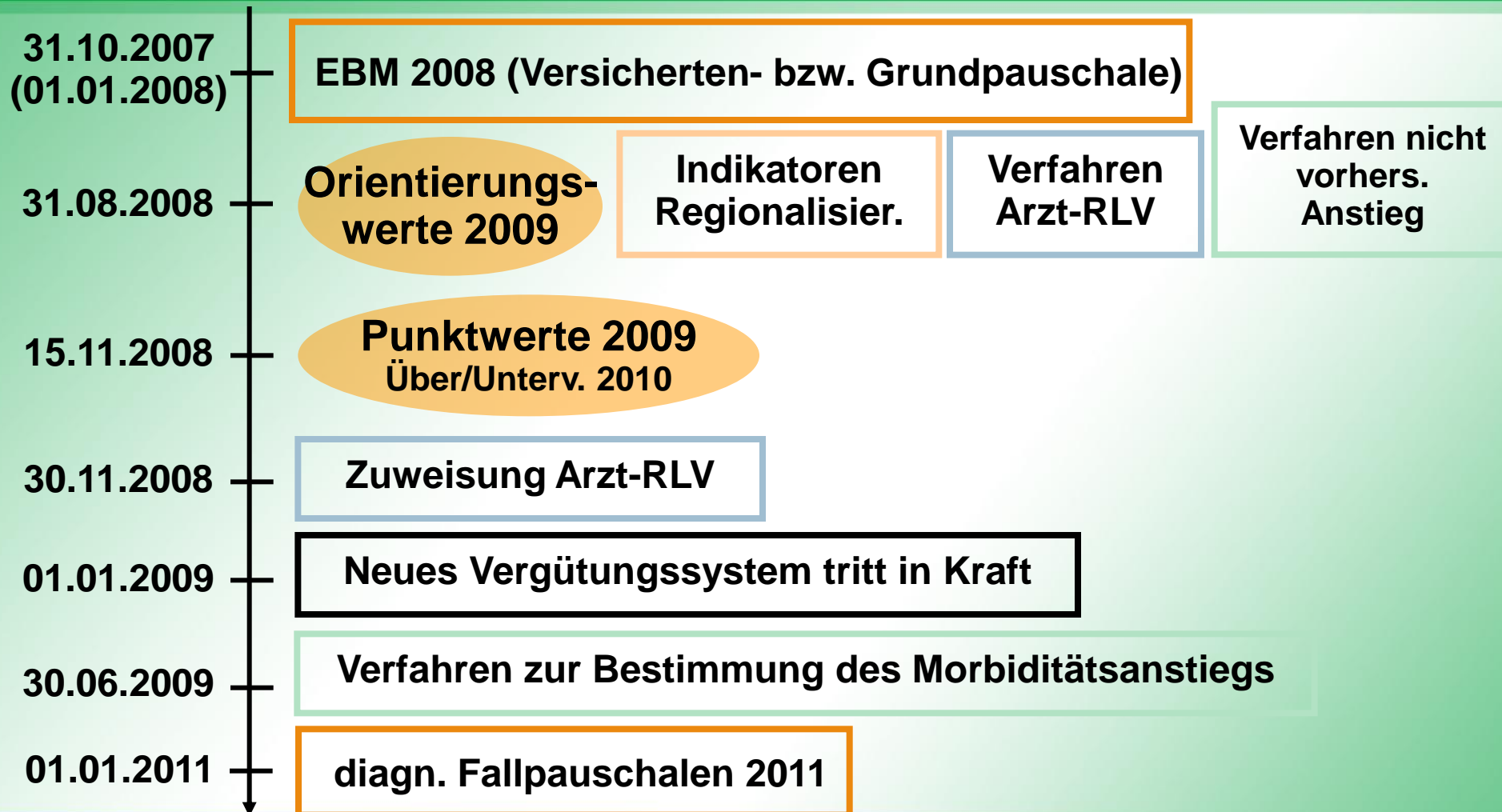
# Gang der Handlung

- 1 WSG – ein Wettbewerbsvernichtungsgesetz**
- 2 EBM 2008  $\approx$  EBM 2000+ ?**
- 3 Belegarztwesen**
- 4 116b – Chaos vorprogrammiert**
- 5 Konvergenz der Vergütung?**

# Überblick Neuregelungen GKV-WSG



# Überblick Neuregelungen GKV-WSG



# Hausärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2b)

- **Versichertenpauschalen sind vorgesehen**
  - Pauschalen decken die im Abrechnungszeitraum üblicherweise im Rahmen der hausärztlichen Versorgung eines Versicherten erbrachten Leistungen einschließlich Betreuungs-, Koordinations-, und Dokumentationsleistungen ab
- **Pauschalen können nach Alter- und Geschlecht differenziert werden**
- **Einzelleistungen oder Leistungskomplexe können vorgesehen werden**
  - Gilt für Leistungen, die besonders gefördert werden sollen
- **Qualitätszuschläge können vorgesehen werden**

## Bewertung/Höhe der Versichertenpauschale:

### Forderung der Hausärzte:

Ableitung der Pauschale aus normativ hochgerechneten Praxiskosten und normativ festgesetztem Arztlohn

Ergebnis: nicht finanzierbarer Mehrbedarf

### Position der Kassen:

- nachvollziehbare Kosten bei wirtschaftlicher Praxisführung sind Grundlage der Bewertung
- PKV-Anteil ist zu bereinigen
- Abstufung der Pauschale bei hohen Fallzahlen



# Fachärztliche Vergütung (§ 87 Abs. 2c)

- **Arztgruppenspezifische Grund- und Zusatzpauschalen**
  - Grundpauschalen vergüten üblicherweise von der Arztgruppe in jedem Behandlungsfall erbrachte Leistungen
  - Zusatzpauschalen vergüten besonderen Leistungsaufwand, der sich aus den Leistungs-, Struktur, und Qualitätsmerkmalen des Leistungserbringers ergibt
- **Einzeleistungen können vorgesehen werden, soweit dies medizinisch oder auf Grund von Besonderheiten erforderlich ist**
- **Behandlung von Versichertengruppen mit überproportionalen Kosten sind mit arztgruppenspezifischen diagnosebezogenen Fallpauschalen zu vergüten (ab 2011)**
- **Für Versorgung im Rahmen kooperativer Versorgungsformen sind spezifische Fallpauschalen festzulegen**
- **Sonderregelungen für Psychotherapeuten (ab 2009)**

# Grund- und Zusatzpauschale für Fachärzte

- Grundpauschalen je Arztgruppe
- Zusatzpauschalen für besondere Qualitätsanforderungen/ Ausstattung der Praxis
- ergänzende Einzelleistungen

## Bewertung:

- systemkonforme Weiterentwicklung des EBM
- Problem der Leistungsreduktion und -verlagerung
- Anreiz zur Ausweitung der Fallzahlen

**→ Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Transparenz des Leistungsgeschehens zwingend notwendig**

# Diagnosebezogene Fallpauschalen für Fachärzte

## Zielsetzung des Gesetzgebers:

**Behandlung von Patienten mit besonderem Leistungsaufwand und überproportionalen Kosten soll angemessen vergütet werden.**

## Bewertung:

- Konzentration auf ausgewählte Diagnosen
- Voraussetzung: Behandlungsleitlinien
- Überprüfung der Diagnosen (Problem: Upcoding)
- Überprüfung des Leistungsgeschehens/Transparenz
- Aufteilung der Pauschale bei kooperativer Leistungserbringung

- **Haupthindernis werden innerärztliche Verteilungskämpfe sein.**
- **Realistischerweise wird sich der EBM 2008 kaum vom bestehenden EBM 200plus unterscheiden können.**
- **Reform-Rezept: Man nehme Koordinationspauschale und Ordinationskomplex (schon altersdifferenziert!), amalgamiere noch eine Einzelleistungen und man hat die hausärztliche Versichertenpauschale.**

# Gang der Handlung

- 1 WSG – ein Wettbewerbsvernichtungsgesetz**
- 2 EBM 2008  $\approx$  EBM 2000+ ?**
- 3 Belegarztwesen**
- 4 116b – Chaos vorprogrammiert**
- 5 Konvergenz der Vergütung?**

# Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄndG)

- **Gesamttendenz:**  
Liberalisierung – was die MVZs dürfen, dürfen künftig alle – und noch einiges mehr.
- **Wenn alle Regelungen so kommen, dann ist das das Ende des Freiberuflichkeitsdogmas in der deutschen Versorgung.**
- **Neue Optionen:**
  - Anstellung beliebig vieler Ärzte
  - KV-übergreifende Tätigkeit
  - gleichzeitige Tätigkeit (niedergelassen und KH)
  - Teilzeitzulassungen

# Umsetzung Vertragsarztrechtsänderungsgesetz

- 1. Richtlinien Bedarfsplanung**
- 2. Bundesmantelvertrag Ärzte**
- 3. QS-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V**
- 4. EBM und Festlegung von Regelleistungsvolumina**
- 5. Richtlinie Wirtschaftlichkeitsprüfung**
- 6. Richtlinie Plausibilitätsprüfung**
- 7. Vordruck/Formulare**
- 8. Datenträgeraustausch**
- 9. Arzt- und Betriebsstättennummern**

# KV-Tendenz bei Umsetzung derzeit: Erhaltung des Status quo

- **Anwesenheit am Vertragsarztsitz mindestens 20 Stunden und 8 – 10 Stunden in der Nebenbetriebsstelle („persönliche Leistungserbringung“)**
- **Beschränkung der Anstellung auf vier Ärzte („persönliche Praxisleitung“)**
- **Längerfristiger Prozess?**



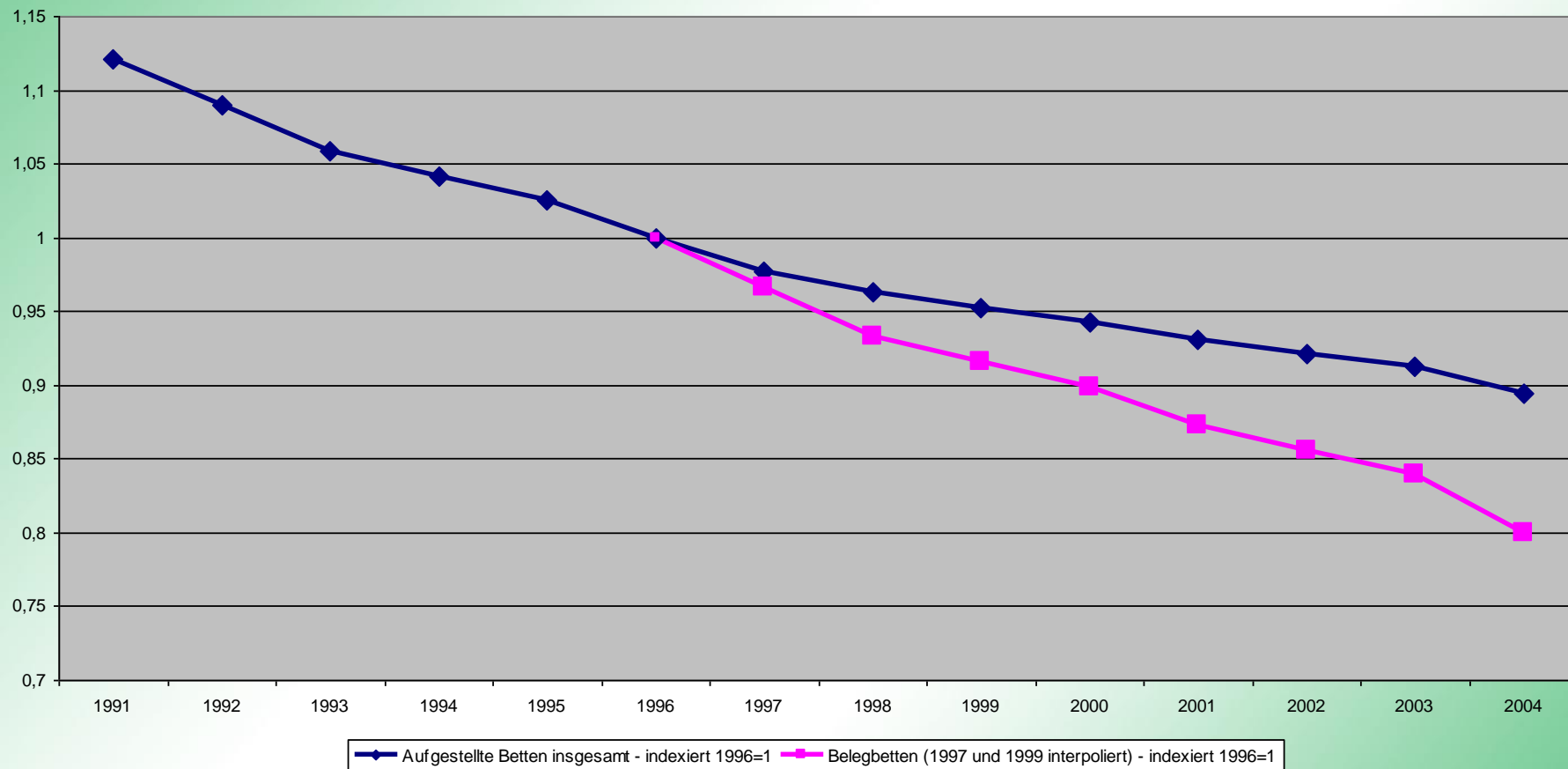
# Der ubiquitäre Arzt ist da – wozu dann noch das Belegarztwesen ?

**Entwurf des § 20 Abs. 2 der Zulassungsordnung für Vertragsärzte:**

**„Die Tätigkeit in oder die Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung nach § 111 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch ist mit der Tätigkeit des Vertragsarztes vereinbar.“**

# Anzahl der Betten 1996 bis 2004

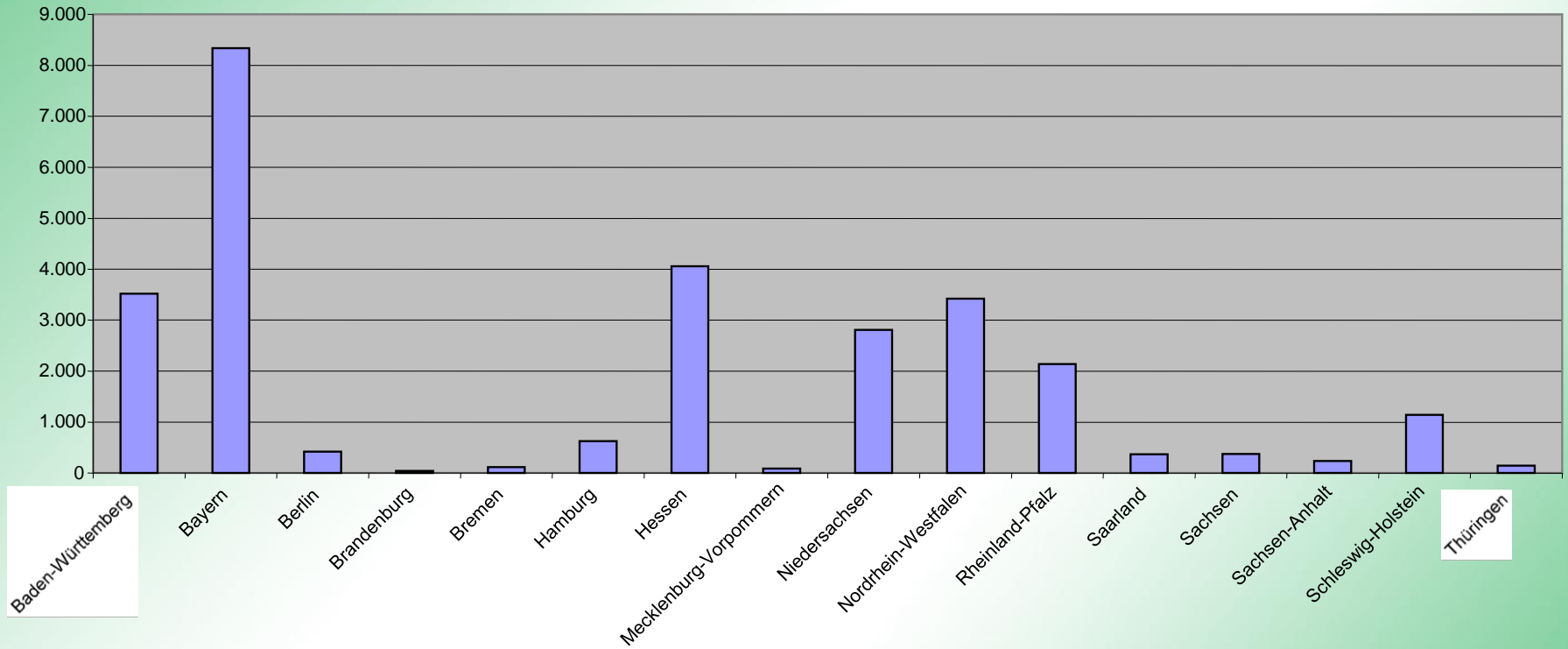
## Indexiert 1996 = 1



Quelle: Destatis

# Belegbetten nach Bundesländern

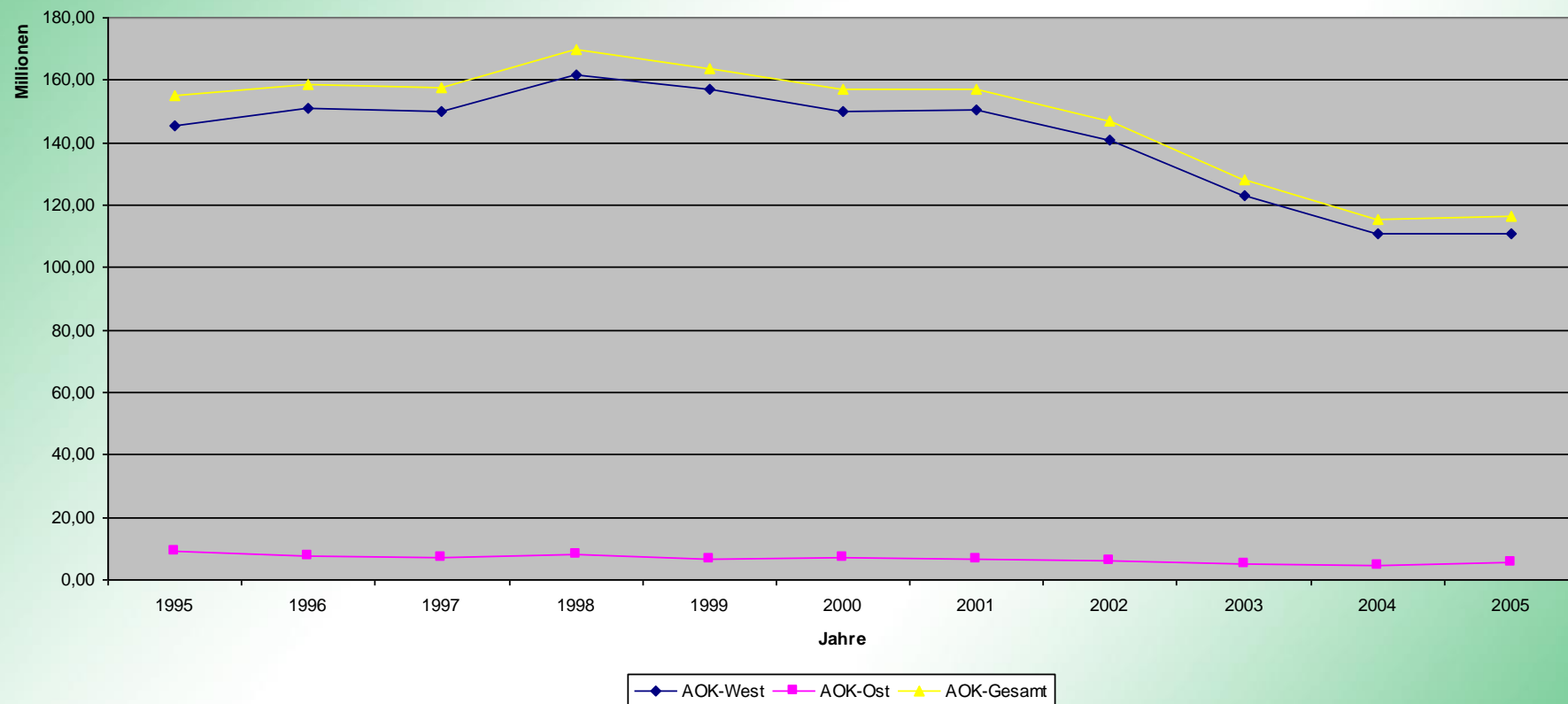
Belegbetten



# Ausgaben AOK – KJ1 – Konto 4630

## Belegarztvergütung über KV

Ausgaben AOK - Konto 4630: Kosten für die Behandlung durch Belegärzte bei Krankenhausbehandlung



- **Empfehlung gemäß § 86 SGB V zum 01.04.2007**
- **Eigenständiges Kapitel 36 für belegärztliche Leistungen im EBM**
- **Vergütung außerhalb des Budgets zu festen Punktwerten**
- **Bereinigung der Gesamtvergütung auf Basis 2000 – 2004**
- **Punktwertverhandlung und Bereinigung auf Ebene der Gesamtvertragspartner (Landesebene)**

# Gang der Handlung

- 1 WSG – ein Wettbewerbsvernichtungsgesetz**
- 2 EBM 2008  $\approx$  EBM 2000+ ?**
- 3 Belegarztwesen**
- 4 116b – Chaos vorprogrammiert**
- 5 Konvergenz der Vergütung?**

# Katastrophaler Neuregelung des § 116 b im WSG

- **Enttäuschende 116b-Bilanz wegen fehlender Refinanzierung von 116b-Leistungen**
- **WSG-Fehlentscheidung: Jeder darf unabhängig von der Bedarfslage beliebig viel 116b-Leistungen abrechnen.**
- **Zulassung von Krankenhausabteilung für 116 b-Leistungen durch die Landesbehörden (Abrechnung nach EBM)**
- **Vorsicht: Die Regelung wird nicht lange Bestand haben!**

## Bislang nur Anlage 2 der Richtlinien (Seltene Erkrankungen)

- 1 Marfan-Syndrom
- 2 Mukoviskidose
- 3 Hämophilie
- 4 Lungenhochdruck

## Wichtig wäre Anlage 3 (Besonderer Krankheitsverlauf)

- 1 onkologische Erkrankungen
- 2 HIV/Aids
- 3 Rheumatologische Erkrankungen
- 4 Schwere Herzinsuffizienz



- **Durch 116b soll stationäre Erfahrung für den ambulanten Bereich nutzbar gemacht werden.**
- **Keine Erfahrung ohne Fälle!**
- **Mindestmengen und Strukturanforderungen (z.B. interdisziplinäres Team) werden Teil aller Konkretisierungen sein (u.a. Forderung der Patientenvertreter).**
- **Die „116b-Zulassung“ der Krankenhäuser durch die Landesbehörden wird nur unter dem Vorbehalt späterer Konkretisierungen durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erteilt werden können.**

- **Der neue 116b schreibt den EBM vor. Was aber mit Leistungen, die nicht im EBM abgebildet werden?**
- **EBM erweitern oder ein Feld für ambulante DRGs?**
- **Prognose: So schnell wird sich nichts tun.**

# Gang der Handlung

- 1 WSG – ein Wettbewerbsvernichtungsgesetz**
- 2 EBM 2008  $\approx$  EBM 2000+ ?**
- 3 Belegarztwesen**
- 4 116b – Chaos vorprogrammiert**
- 5 Konvergenz der Vergütung?**

# Gruppierung in EBM (ambulantes Operieren)

Op-Kategorie	OP-Bereich
A	Dermatochirurgischer Eingriff
B	Eingriff an der Brustdrüse
C	Eingriff an einer Extremität
D	Eingriff an Knochen und/oder Gelenken
E	Arthroskopischer Eingriff
F	Visceralchirurgischer Eingriff
G	Endoskopischer visceralchirurgischer Eingriff
H	Proktologischer Eingriff
I	Kardiologischer Eingriff
J	Thoraxchirurgischer Eingriff
K	Eingriff am Gefäßsystem
L	Einbau, Wechsel oder Entfernung eines Schrittmachersystems
M	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischer Eingriff
N	Eingriff der HNO-Chirurgie
O	peripherer neurochirurgischer Eingriff
P	zentraler neurochirurgischer Eingriff
PP	stereotaktischer neurochirurgischer Eingriff
Q	urologischer Eingriff
R	endoskopischer urologischer Eingriff
RR	(endoskopischer) urologischer Eingriff mit Bildwandler
S	gynäkologischer Eingriff
T	endoskopischer gynäkologischer Eingriff
U	Extraocularer Eingriff
V	intraocularer Eingriff
W	laserchirurgischer Eingriff

**bis 15**            **Min. kalk. SNZ (1)**  
**15 bis 30**        **Min. kalk. SNZ (2)**  
**30 bis 45**        **Min. kalk. SNZ (3)**  
**45 bis 60**        **Min. kalk. SNZ (4)**  
**60 bis 90**        **Min. kalk. SNZ (5)**  
**90 bis 120**      **Min. kalk. SNZ (6)**  
**über 120**        **Min. kalk. SNZ (7)**

# OPS-EBM-Zuordnung zu Kapitel 31 in Anhang des EBM2000plus

lfd. Nr.	OPS-301 V 2004	Bezeichnung	Kategorie	Leistung Nr.	Über- wachung Nr.	Nachbe- handlung/ Überweisung	Nachbe- handlung/ Operateur	Narkose leistung Nr.
4622	5-793.g7	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna proximal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4623	5-793.g9	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Ulna distal	D3	31133	31504	31616	31617	31823
4624	5-793.ge	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Schenkelhals	D5	31135	31505	31618	31619	31825
4625	5-793.gf	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur proximal	D5	31135	31505	31618	31619	31825
4626	5-793.gh	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Femur distal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4627	5-793.gk	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia proximal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4628	5-793.gn	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Tibia distal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4629	5-793.gp	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula proximal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4630	5-793.gr	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Durch intramedullären Draht: Fibula distal	D4	31134	31504	31618	31619	31824
4631	5-793.h1	Offene Reposition einer einfachen Fraktur im Gelenkbereich eines langen Röhrenknochens: Ohne Osteosynthese: Humerus proximal	D3	31133	31504	31616	31617	31823

# Der künftige Grouperkosmos



**G-  
DRG**



**Morbi  
-RSA**



**Morb  
i-RLV**



**AOP**

- **Pauschalierung schafft Intransparenz – es sei denn man transferiert einzelne Prozeduren trotz pauschalierter Abrechnung (wie bei DRGs).**
- **Prozedurendokumentation benötigt man für**
  - **Qualitätssicherung**
  - **Weiterentwicklung von EBM**
  - **Weiterentwicklung von Regelleistungsvolumina**
  - **Bereinigung kollektiver Budgets**
- **Es sollte Einigkeit hergestellt, dass die DRG-Systematik (Prozeduren- und Diagnosentransfer) auch für die ambulante Vergütung gelten soll.**

- **Zunächst muss im ambulanten Sektor die DRG-Systematik übernommen werden.**
- **Die Entwicklung ambulanter DRGs wird Zeit beanspruchen, da sich kein direkt übertragbares internationales System aufdrängt.**
- **Fast wichtiger sind die komplementären Regelungen zur übergreifenden Zulassung, Qualitätssicherung und Abrechenbarkeit von ambulanten Leistungen.**
- **Auch wenn es kein direktes einheitliches System gibt, wird man an einer Annäherung der Vergütungshöhe nicht vorbeikommen.**





Bund / Krankenhaus

## GBA veröffentlicht BOS-Auswertungen 2005



Wählen Sie Ihre Region

Bitte auswählen:

**Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit**

**<http://www.aok-gesundheitspartner.de>**

kostenfreie Annahme freiwilliger strukturierter Qualitätsberichte für das Berichtsjahr 2005. Sie können vom 1. September bis 31. Oktober 2006 bei der gemeinsamen Datenannahmestelle ITSG eingereicht werden.

Nun wurden die Schema- sowie die Beispiel-Datei zur Erstellung und Übermittlung des Qualitätsberichtes

...sfreie  
el  
... Juli 2006 sind  
...te Generika von  
...gesetzlichen  
Zuzahlung befreit. Die  
aktuellen, umfassenden,  
neutralen und  
werbefreien  
...listen finden

ales DRG-  
Forum plus  
Die AOK-Beiträge auf dem 5. Nationalen DRG-Forum plus am 23. und 24. März 2006 in Berlin finden Sie [hier ...](#)

Disease-Management

- Apotheke
- Arzt und Praxis
- Heilberufe
- Hilfsmittelanbieter
- Krankenhaus
  - ▶ DRG-System
  - ▶ Budgetverha
  - ▶ Abrechnung
  - ▶ Qualitätssicherung
  - ▶ Ambulante Versorgung
  - ▶ Aktuelle Gesetzgebung
  - ▶ Verordnungen
  - ▶ Vereinbarung
  - ▶ Publikationen
  - Klinik-Konsil
- Integrierte Versorgung
- Krankentransport
- Pflege
- Reha / Vorsorge
- Zahnheilkunde