

Mandantenbrief

Haben die Direktverträge mit Krankenkassen Zukunft?

Übersicht über die Vertragsarten

Die Situation

Seit dem Start der Gesundheitsreform im Jahr 2004 wurde die fachübergreifende Gesundheitsversorgung propagiert. Damit diese Zusammenarbeit z.B. im Rahmen der Integrierten Versorgung (§ 140 a) schneller Realität werden könnte, wurde vom Gesetzgeber ein vergütungs-induzierter Ansatz gewählt, der sich in Form einer bis Ende 2008 laufenden Anschubfinanzierung für IV-Vertragspartner ausdrückte. Leider wurde, wie zu erwarten war, die Anschubfinanzierung von den IV-Partnern in den seltensten Fällen tatsächlich für den Aufbau von Evaluationsstrukturen, Ablaufprozessen und zentraler Verwaltung genutzt. Aber selbst wenn dies geschah, so täuschte die Anschubfinanzierung darüber hinweg, dass das zur Verfügung gestellte Geld eigentlich nur zum „Anschub“ gedacht war und eine eigene wirtschaftliche Refinanzierbarkeit der IV-Gemeinschaft spätestens bis Ende 2008 stehen sollte. Denn Ende 2008 läuft diese Unterstützungszahlung für mehr als 5.500 Verträge aus. Die oftmals ausgesprochene kostenlose Teilnahme für Leistungserbringer ist mittelfristig also nur bedingt richtig. Richtig wäre es, von Anfang an eine feste Beitragsfinanzierung (z.B. über monatliche Umlagen) aufzubauen, so dass zentralisierte Strukturen damit aufgebaut und vor allem refinanziert werden können. Es stehen

nun viele, vor allem ältere Verträge auf dem Prüfstand und werden nach einstimmiger Aussage der Krankenkassen ab 2009 entweder gekündigt (ca. 15-20%) oder zumindest angepasst. Selbstverständlich gibt es neben der medial im Vordergrund stehenden Integrierten Versorgung noch zahlreiche andere Möglichkeiten, einen Direktvertrag (Selektivvertrag) abzuschließen.

Welche Vertragsformen gibt es?

Grundsätzlich gilt es zwischen folgenden Vertragsformen zu unterscheiden:

- **Strukturverträge**
(§73a, SGB V)
Strukturverträge eröffnen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die Möglichkeit, neue organisatorische Versorgungsformen mit differenzierten Honorierungssystemen zu vereinbaren. Die Versorgungs- und Vergütungsstrukturen sollen die Funktionen des Hausarztes und von Arztnetzwerken (vernetzte Praxen) stärken.

Intention des Gesetzgebers war es, neue Kooperationsformen zu fördern, nicht zuletzt um Wirtschaftlichkeitsreserven auszuschöpfen und die Qualität der Versorgung zu verbessern. Die Versorgungsformen können durch besondere Vergütungsformen wie z.B. Vergütungspauschalen oder Bonus-Malus-Regelungen ergänzt werden, die den teilnehmenden Ärzten die Verantwortung für die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen übertragen. Der Sicherstellungsauftrag der KVen bleibt

hiervon unberührt. Die Vergütungsanteile sind zwar Bestandteil der Gesamtvergütung, dürfen aber nur zugunsten der teilnehmenden Ärzte verwendet werden. Die Strukturverträge sind Bestandteil der Gesamtverträge, die Teilnahme der Ärzte und Versicherten ist freiwillig.

Im Gegensatz zu Modellvorhaben sind Strukturverträge zeitlich nicht befristet und bedürfen keiner wissenschaftlichen Evaluation. Seit ihrer Einführung mit dem Zweiten GKV-Neuordnungsgesetz sind viele Verträge abgeschlossen worden, insbesondere zur Förderung von Arzt-/Praxisnetzen und des ambulanten Operierens.

- **Hausarztzentrierte Versorgung (§73b, SGB V)**
Zur Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung schließen Krankenkassen mit besonders qualifizierten Hausärzten Direktverträge. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz werden die Krankenkassen ausdrücklich verpflichtet, ihren Versicherten eine derartige Versorgung flächendeckend anzubieten. Die inhaltlichen Mindestanforderungen, z.B. Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie oder Behandlung nach evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien, werden gesetzlich ausgestaltet. Zur Vermeidung der Doppelfinanzierung ist eine Bereinigung der Gesamtvergütungen vorgesehen. Versicherte, die sich in ein Hausarztmodell einschreiben, profitieren im Rahmen der Wahltarife vom günstigen Hausarzttarif.
- **Besondere amb. Versorgung (§73c, SGB V)**
Das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz ermöglicht den Krankenkassen, ihren Versicherten die ambulante ärztliche Versorgung in Selektivverträgen anzubieten. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig, sie binden sich allerdings an die Ärzte der Selektivverträge. Der Sicherstellungsauftrag geht im Umfang der Versorgungsaufträge auf die Krankenkassen über. Die Gesamtvergütung muss um den Betrag, der für den Versorgungsauftrag eines Selektivvertrages aufgewendet wird, bereinigt werden. Hierbei werden besonders indikationsbezogene Leistungen angesprochen, die gemeinsam durch spezialisierte fachärztliche Gruppen erbracht werden. Generell gilt festzuhalten, dass die Verträge nach § 73 c öffentlich ausgeschrieben werden müssen. D.h., dass die ärztliche Gemeinschaft den Zuschlag bekommt, die entsprechende Behandlungsleitlinien, Qualität, Transparenz und Kosten nachweisen kann.
- **Integrierte Versorgung (§ 140a-d, SGB V)**
Der IV-Vertrag kann grundsätzlich alle medizinischen Belange der eingeschriebenen Versicherten umfassen, aber auch einzelne Indikationen abdecken. Kernstück der IV ist dabei, dass diese neuen Anbieterstrukturen für ihre medizinischen Leistungen die ökonomische Verantwortung übernehmen, d.h. ihre Vergütung außerhalb der ökonomischen Befugnisse der KVen durch Verträge mit den gesetzlichen Krankenkassen erfolgt.

- Die IV bedarf keiner vertraglichen Rahmenvereinbarung mehr zwischen Krankenkassen und KVen, die KVen sind auch nicht mehr als Vertragspartner vorgesehen.
- Der Sicherstellungsauftrag der KVen wird eingeschränkt.
- Zur Förderung der IV muss jede Krankenkasse zur Anschubfinanzierung bis zu einem Prozent der Gesamtvergütung sowie der Krankenhausvergütung in den Jahren 2004 bis 2006 für Angebote der IV einbehalten. Dieser Zeitraum wurde durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz bis zum 31. Dezember 2008 verlängert.
- der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt nicht für Verträge der IV, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen wurden; dieser Zeitraum wurde durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetz vom 22. Dezember auf den 31. Dezember 2008 verlängert;
- Neben einzelnen Leistungserbringern und deren Gemeinschaften (z.B. Arztnetze), Krankenhäusern und medizinischen Versorgungszentren können auch Managementgesellschaften von Leistungserbringern Vertragspartner der Krankenkassen in Direktverträgen sein

Das GKV-WSG schränkt für IV-Verträge, die seit dem 1. April 2007 abgeschlossen wurden, die Verwendung der Mittel zur Anschubfinanzierung grundsätzlich auf Leistungen der ambulanten und stationären Versorgung ein. Integrationsaufgaben wie z.B. die Koor-

dinierung von Leistungen sind davon ausgenommen.

Wie ist die Entwicklung?

Derzeit sind alle Krankenkassen beim Abschluss von Direktverträgen zurückhaltend. Dies begründet sich vor allem in der unsicheren Vergütungssituation, die mit der Einführung des Gesundheitsfonds zusammenhängt. Eindeutige Aussage ist jedoch, dass der Direktvertrag auch in Zukunft die KV-Vergütung sukzessive ablösen wird. Nach Schätzungen der BKK wird die Gesamtvergütung für Vertragsärzte im Jahr 2015 zu über 50 % aus Direktverträgen erfolgen und nur noch zu etwa 40% aus dem KV-Budget. Bei aller Ungewissheit bleibt dennoch ganz klare Marschrichtung: Der Direktvertrag, in welcher Form auch immer, stellt die Zukunft der Versorgung dar.

Wer heute als niedergelassener Arzt in den 50igern noch immer fern ab der kooperativen Leistungserbringung denkt und handelt, ist gut beraten, wenn er sich mittelfristig über alternative Einnahmebereiche neben der KV-Vergütung Gedanken macht. Für alle anderen eröffnet der Markt heute die Möglichkeiten, die jahrzehntlang nicht da waren. Erfreulicherweise nutzen viele Niedergelassene bereits die Chancen – mit (glücklicherweise) noch viel Luft nach oben.

Quellen: KV, SGB V, AOK, Ärztezeitung, Interviews