

Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

Symposium zum SVR-Gutachten 2009
Berlin, 15. September 2009

Prof. Dr. Eberhard Wille

Sachverständigenrat

zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Zukunftskonzept einer koordinierten Versorgung mit regionalem Bezug

Referat im Rahmen des Symposiums „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens“. Das Sondergutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

1. Instrumente, Ziele und Grenzen von Managed Care
2. Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen
3. Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite
4. Handlungsbedarf und Probleme im Rahmen selektiver Verträge
5. Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung
6. Die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung in strukturschwachen Regionen als Herausforderung

Instrumente, Ziele und Grenzen von Managed Care

- Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion als dominantes Element
- Prospektive Finanzierung durch risikojustierte Pauschalen (Capitation) zur (teilweisen) Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer
- Integration von Leistungserbringern und Sektoren zum Zwecke einer regionalen, outcomeorientierten Gesundheitsversorgung
- Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Versorgung durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug
- Selektives Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern
- Etablierung von Managementstrukturen; hier u.a.: Gatekeeping, Disease- und Case Management, Qualitätsmanagement, Leitlinien, utilization review

Probleme und Gefahren von Managed Care

- Vorenthaltung von Leistungen
- Qualitätsverschlechterung
- Risikoselektion

Varianten von Capitation nach betroffenem Personenkreis und einbezogenen Leistungen

Personenkreis	ein Patient	Gruppe von Patienten mit gleicher Krankheit	Gruppe von Versicherten	alle eingeschriebenen Versicherten	alle Versicherten der Region
Leistungen					
eine spezielle Leistung	(1)	2	3	4	5
Bündel von Leistungen einer Behandlungsart	6	7	8	9	10
alle Leistungen pro diagnostiziertem Fall	11	12	13	14	15
alle Leistungen einer (mehrerer) Indikationsgruppe(n)	16	17	18	19	20
alle anfallenden Leistungen	21	22	23	24	25

Quelle: Eigene Darstellung

Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Strukturverträge	Modellvorhaben	hausarztzentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungsformen	strukturierte Behandlungsprogramme
Rechtsgrundlagen	SGB V	§ 73a	§§ 63 - 65	§ 73b	§ 73c	§ 140a - d	§ 137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fachübergreifend angelegt		X	X		X	X	X
sektorübergreifende Orientierung			X			X	X
selektives Kontrahieren möglich			X	X	X	X	
Verträge mit KVen möglich	X	X	X	(X) ¹⁾	X		X
eingeschränkter Sicherstellungsauftrag				X	X	X	
besondere finanzielle Anreize						X	X
verpflichtende Evaluation			X				X
zeitliche Befristung			X				X
Capitation		X	X	(X) ²⁾	(X) ²⁾	X	

1) Sofern Gemeinschaften der vertragsärztlichen Leistungserbringer die Kassenärztlichen Vereinigungen hierzu ermächtigen.

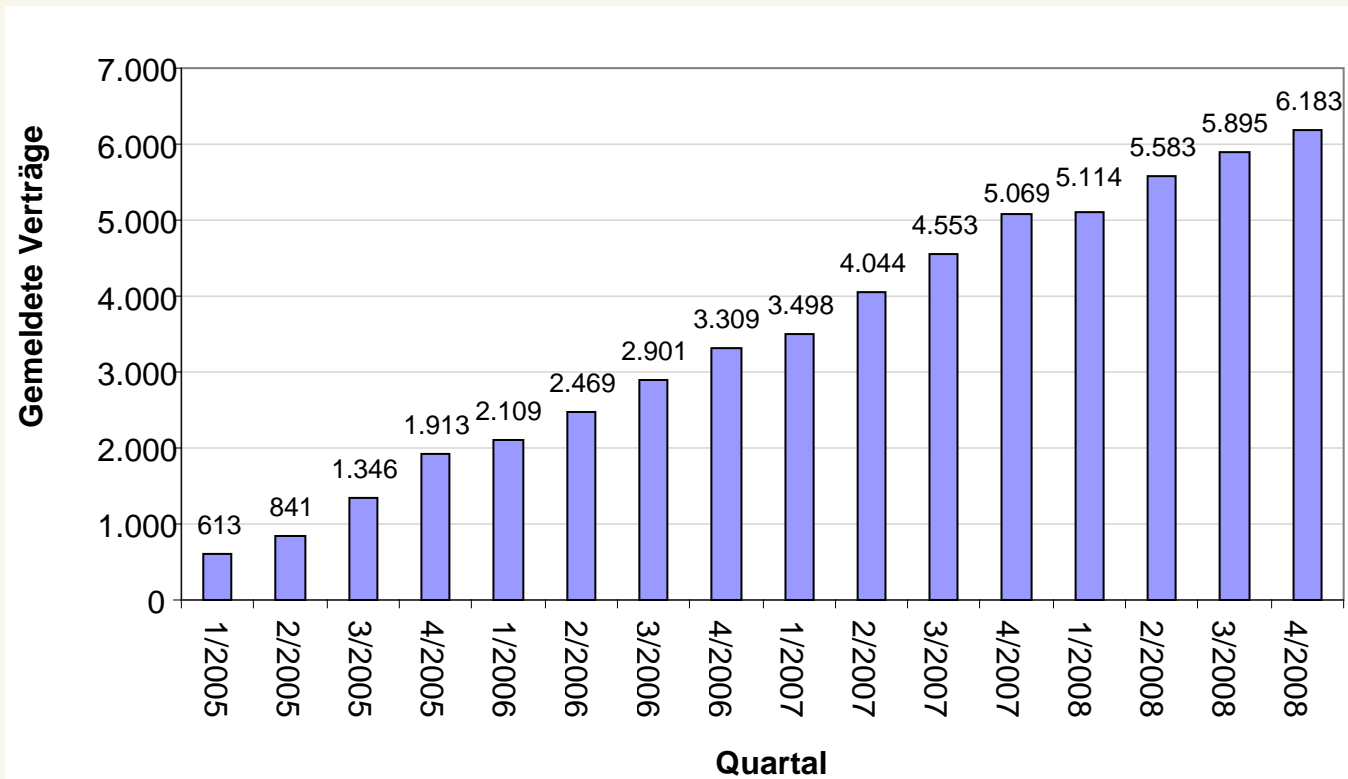
2) Nicht eindeutig im Gesetz geregelt.

Quelle: Eigene Darstellung

Vereinbarungen zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung

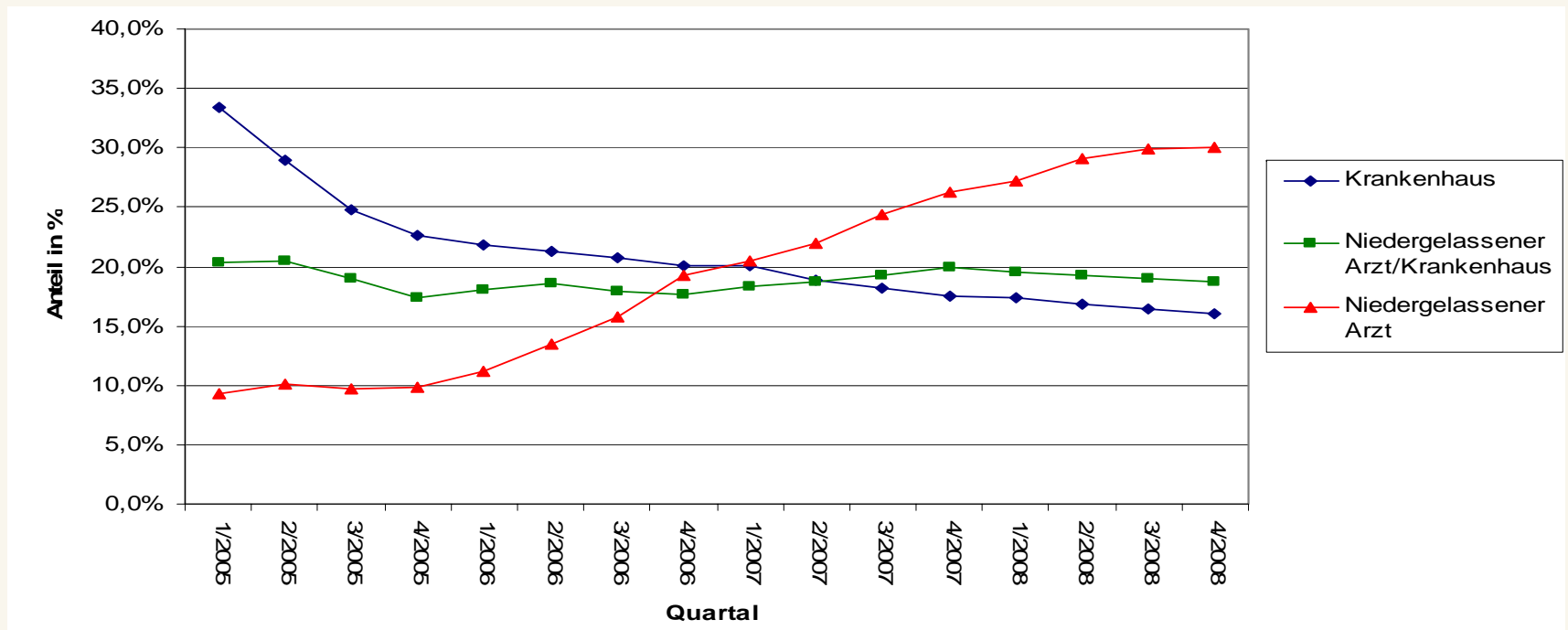
Die KVen können nach § 136 Abs. 4 SGB V zur Förderung der Qualität der vertragsärztlichen Versorgung mit einzelnen Krankenkassen, Landesverbänden der Krankenkassen oder Verbänden der Ersatzkassen gesamtvertragliche Vereinbarungen schließen. Diese legen dann für bestimmte Leistungen einheitlich strukturierte elektronisch dokumentierte besondere Leistungs-, Struktur- und Qualitätsmerkmale fest, bei deren Erfüllung die an dem jeweiligen Vertrag teilnehmenden Ärzte Zuschläge zu den Vergütungen erhalten. Die Finanzierung dieser Mehrleistungen erfolgt durch einen entsprechenden Abschlag von den vereinbarten Punktwerten der bei den nicht an dem Vertrag teilnehmenden Ärzten anfällt. Diese Regelung gibt den Krankenkassen die Möglichkeit, im Bereich der ambulanten Behandlung einen Qualitätswettbewerb zu implementieren.

Bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemeldete Verträge zu den integrierten Versorgungsformen



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH, 2009.

Die Entwicklung der Anteile zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2009.

Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite

Indikationstiefe	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Indikationsbreite						
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische partiell indika- tionsübergreifen- de Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbe- zogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung					
Alle Indikationen		indikationsübergrei- fende sektorspezi- fische Versorgung III				sektor- und indi- kationsübergreifende Versorgung VI

Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Baumann, M. 2006, S. 206.

- Von den besonderen Versorgungsformen beinhalten
- die Strukturverträge nach § 73 a SGB V,
 - die hausarztzentrierte Versorgung nach §73 b sowie
 - die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach §73c

zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination.

Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

- die Modellvorhaben nach §§ 63-65,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g.

Selektive Verträge: Stand und Schwachstellen (1)

- Gesetzgeber schuf vielfältige Optionen zum selektiven Kontrahieren
- Mangels Evaluationen keine Informationsbasis für Lerneffekte
- Nur wenige sektorübergreifende Verträge mit Populationsbezug
- § 73b SGB V entspricht weder den Kriterien eines Kollektivvertrages, noch denen selektiver Verträge
- Furcht der Krankenkassen vor Zusatzbeiträgen verdrängt innovative Vorhaben
- Finanzierungsaspekte dominieren Ziel- bzw. Qualitätsorientierung

Selektive Verträge: Stand und Schwachstellen (2)

- Geringe Transparenz über Versorgungsqualität
- Bei Prävention Defizite bzw. Unklarheiten hinsichtlich finanzieller Förderung, Anreizen (RSA) und ordnungspolitischer Verankerung
- Unterschiedliche Rahmenbedingungen innerhalb der Sektoren behindern funktionsfähigen Wettbewerb an den Schnittstellen, insbesondere zwischen dem ambulanten und stationären Bereich
- Fehlendes Konzept zum Verhältnis von kollektiv- und selektivvertraglich organisierter Gesundheitsversorgung
- Wettbewerbsdefizite innerhalb der Sektoren (insbesondere Krankenhaussektor und Arzneimittelbereich)

Selektive Verträge: Weiterer Handlungsbedarf

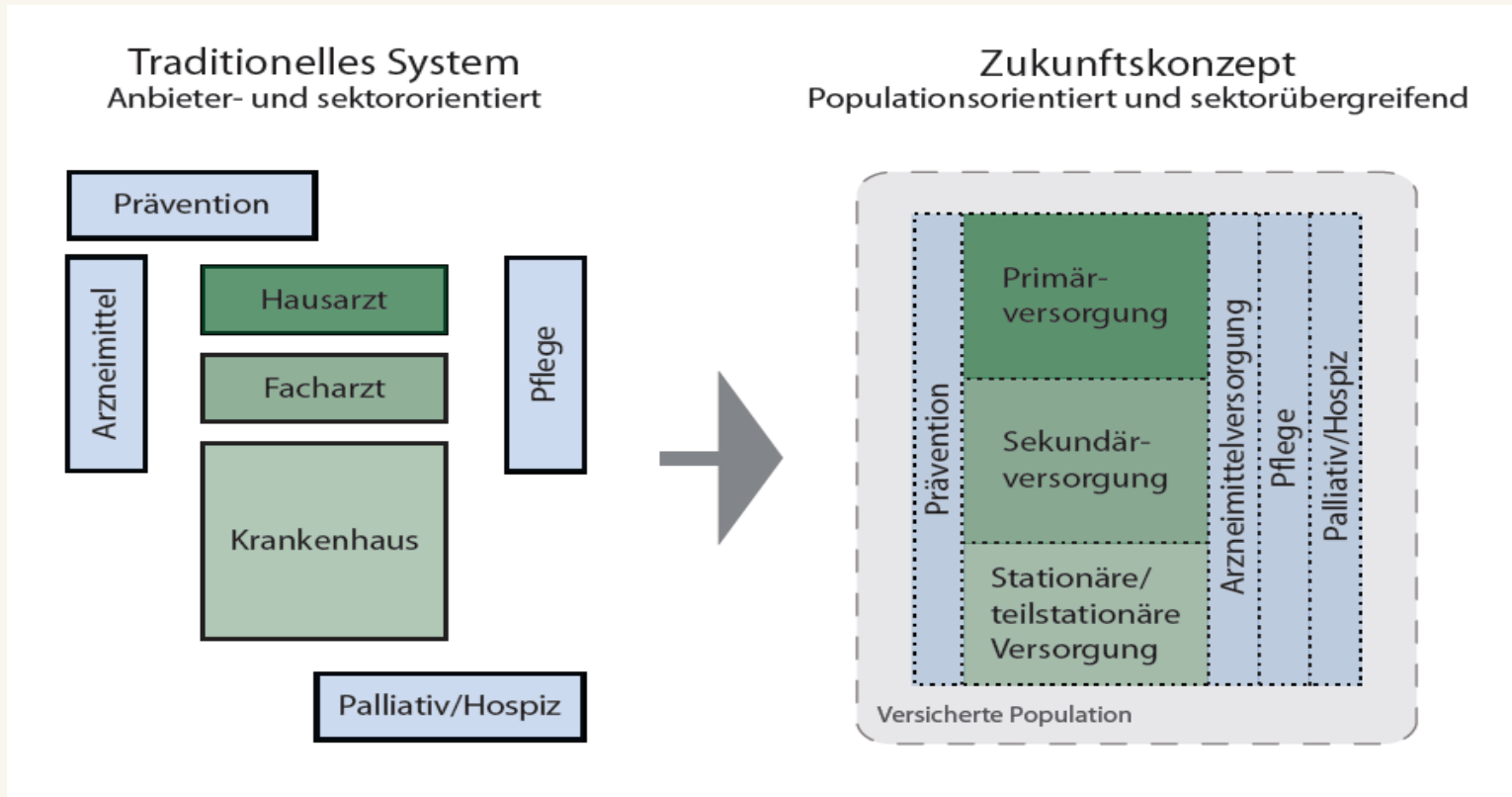
- Errichtung eines Systems von validen Qualitätsindikatoren zur Erhöhung der Transparenz und als Basis eines Qualitätswettbewerbs, auch im Sinne von „Payment by Results“
- Obligatorische Evaluation bei bestimmten selektiven Verträgen, insbesondere bei spezieller finanzieller Förderung
- Gleiche Chancen für alle besonderen Versorgungsformen; kein Zwang zum Angebot einer speziellen Variante (§ 73 b SGB V)
- Stärker sektorübergreifende Ausrichtung des § 140 a-d SGB V und Integration der Disease Management Programme in diese besondere Versorgungsform
- Stärker ziel- und teamorientierte Zusammenarbeit der Gesundheitsberufe sowie intensivere Kooperation mit Selbsthilfegruppen und kommunalen Institutionen
- Öffnung der selektiven Verträge für alle Leistungserbringer, auch wenn sie keine Zulassung besitzen, aber die geforderten Kriterien erfüllen

Selektive Verträge: Weiterer Handlungsbedarf

- Vereinheitlichung der Rahmenbedingungen an den Schnittstellen der Sektoren bezüglich Leistungsdefinitionen, Qualitätsstandards, Vergütung einschließlich Investitionsfinanzierung und Genehmigung neuer Behandlungsmethoden
- Ergebnisoffener Wettbewerb zwischen selektiver und kollektiver Vertragsgestaltung mit dem Ziel, Qualitätswettbewerb auch innerhalb der KVen auszulösen; kein Ersatz der KVen durch monopolistische private Verbände
- Qualitatives Monitoring der Versorgung in dünner besiedelten Gebieten; zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung bei Notwendigkeit Ausschreibungen und Honorarzuschläge; zur Überprüfung der Qualität überregionales Benchmarking
- Ordnungspolitische Leitlinie: Verbesserung der Rahmenbedingungen für ergebnisoffene Wettbewerbs- und insbesondere dezentrale Suchprozesse

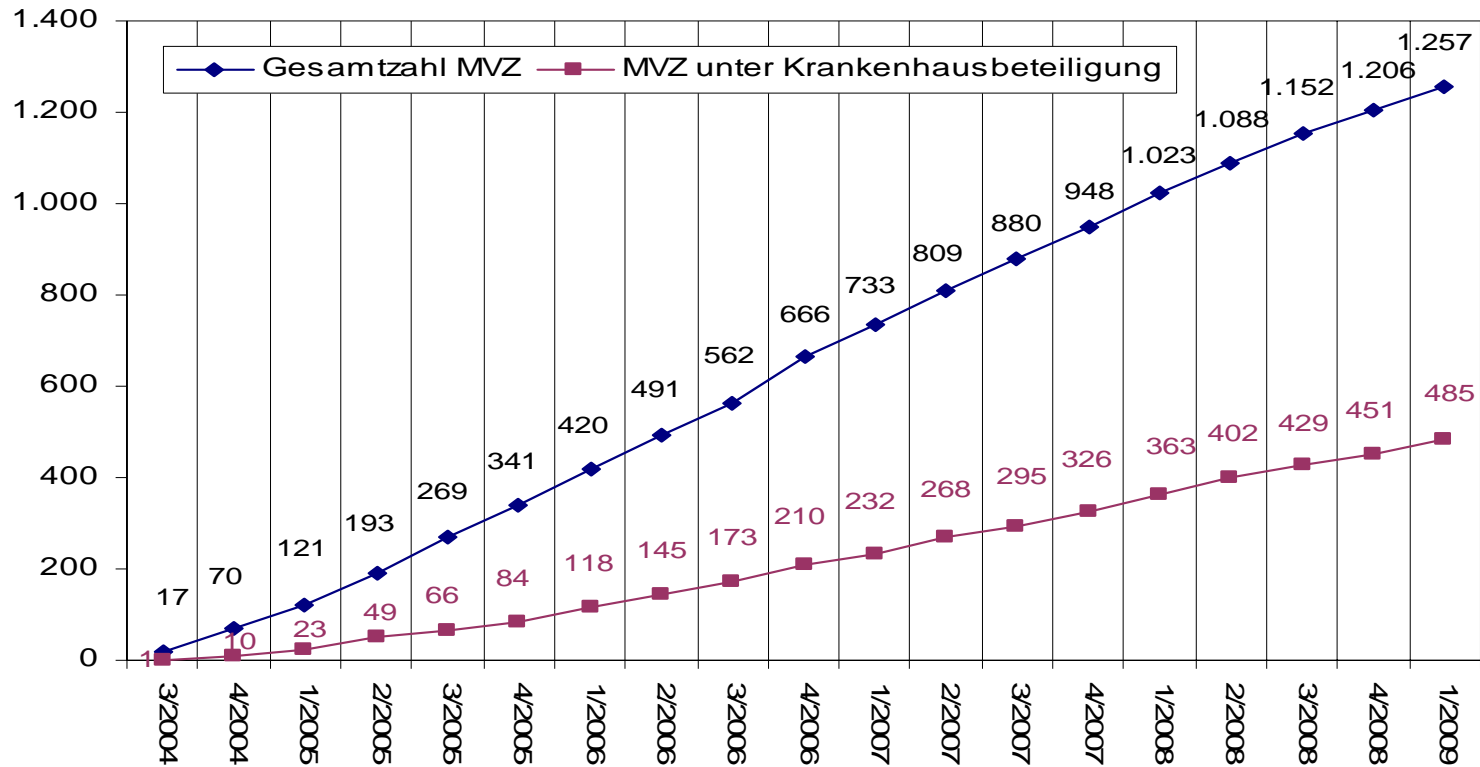
- Transaktionskosten
- Höhere Anforderungen an Versicherte hinsichtlich der Transparenz über alternative Versorgungsangebote
- Sicherung eines einheitlichen (Mindest-) Qualitätsniveaus, vor allem im regionalen Kontext
- Intensivierung von Konzentrationsprozessen bei Krankenkassen und Leistungserbringern mit Monopolisierungstendenzen
- Stärkung bestehender und Gründung neuer (zahn-)ärztlicher Verbände privaten Rechts

Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Quelle: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009, Ziffer 1179.

Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren



Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009.

Leistungsspektrum einer umfassenden Versorgungseinheit

- die vier Hospitationsebenen Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
- neben einem oder mehreren MVZ auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,
- Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen,
- Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen,
- Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit sowie
- eine Zentralapotheke mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Positiv- bzw. Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert.