Drei Szenarien zur Zukunft personenbezogener Dienstleistungen

Dokumentation der Tagung vom 21. Februar 2013

Kontakt:
Caroline Schmuker
T +49 30 230 809 456
caroline.schmuker@iges.de

IGES Institut GmbH
Friedrichstraße 180
10117 Berlin

www.iges.de

Berlin, 4. Juli 2013

Hinweis

Die vorliegende Dokumentation greift die wesentlichen Diskussionspunkte und Fragestellungen der Teilnehmer auf und gibt diese zusammenfassend und sinngemäß wieder ohne dabei Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben.

Programm

10.30 Uhr

Begrüßung Hans-Dieter Nolting (IGES Institut)

10.45 Uhr

Vorstellung Szenario I „Alles aus einer Hand“: Caroline Schmuker (IGES Institut)

Kurzstatement und anschließende Diskussion

Kaffeepause

12.00 Uhr

Vorstellung Szenario II „Premium-Versorgung per Zusatzversicherung“: Karsten Zich (IGES Institut)

Kurzstatement und anschließende Diskussion

13.00 Uhr *Mittagsimbiss*

13.45 Uhr

Vorstellung Szenario III „Das Versorgungspartner-Netzwerk“: Hans-Dieter Nolting

Kurzstatement und anschließende Diskussion

14.45 Uhr

Wie soll die Zukunft der personenbezogenen Dienstleistungen im Gesundheitswesen aussehen und welche Schritte auf dem Weg dorthin sind erforderlich?

16.00 Uhr Ende der Veranstaltung

Die Folien der Vortragenden befinden sich im Anhang zu diesem Dokument

Inhalt

1. Szenario I „Alles aus einer Hand“ 5
   - 1.1 Vorstellung des Szenarios 5
   - 1.2 Kurzstatement 6
   - 1.3 Teilnehmerdiskussion 7
2. Szenario II: Premium-Versorgung per Zusatzversicherung (MEDPREMIUM) 9
   - 2.1 Vorstellung des Szenarios 9
   - 2.2 Statement 10
   - 2.3 Teilnehmerdiskussion 11
3. Szenario III: Das Versorgungspartner-Netzwerk 14
   - 3.1 Vorstellung des Szenarios 14
   - 3.2 Statement 15
   - 3.3 Teilnehmerdiskussion 16
4. Abschließende Diskussion und weiterer Forschungsbedarf 19
5. Anhang 21
   - A1 Folienpräsentation Begrüßung 22
   - A2 Folienpräsentation Szenario I 27
   - A3 Folienpräsentation Szenario II 31
   - A4 Folienpräsentation Szenario III 34

1. Szenario I „Alles aus einer Hand“

1.1 Zusammenfassung des Szenarios

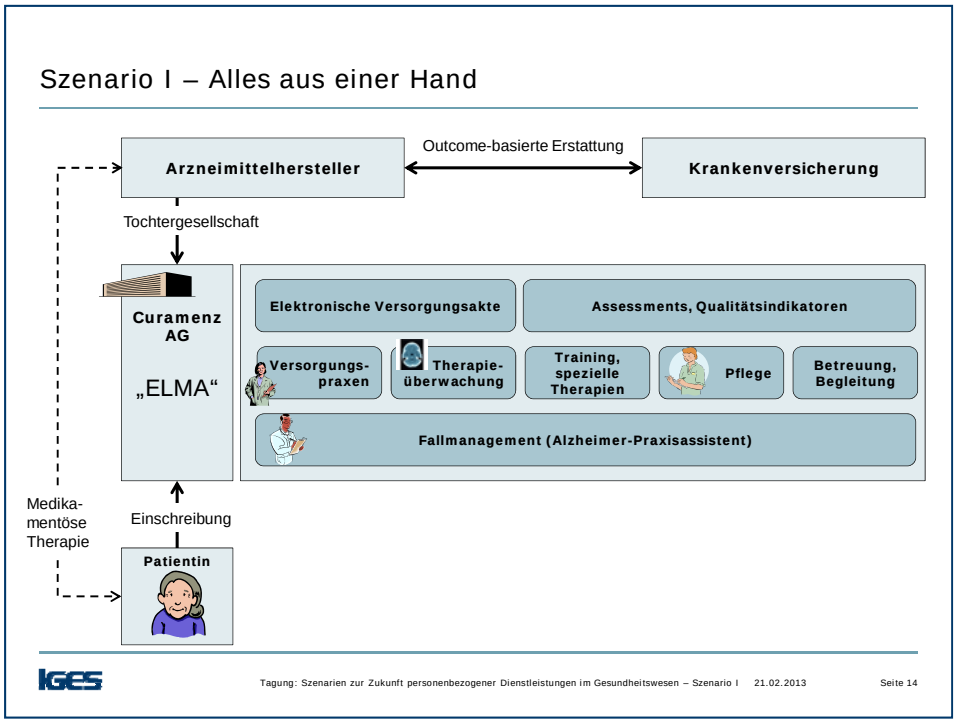
Die Verknüpfung von Produkten mit geeigneten Dienstleistungen zu einer integrierten Gesamtleistung, wodurch für den Kunden ein höherer Nutzen entstehen soll, als beim getrennten und unkoordinierten Bezug der einzelnen Komponenten - dies ist der Grundgedanke von Szenario I.

Das Szenario illustriert diese Leitidee am Beispiel eines Arzneimittelherstellers, der "um sein Alzheimer-Medikament herum" eine Dienstleistungsstruktur aufbaut, die sicherstellen soll, dass das Potenzial des Produkts auch in der alltäglichen Versorgungsrealität umgesetzt wird. Um dies zu erreichen, werden nicht nur die unmittelbar mit der Medikation verknüpften Prozesse integriert, sondern auch ergänzende Gesundheits-, Pflege- und häusliche Unterstützungsleistungen einbezogen.

Eine Tochtergesellschaft des Pharma-Unternehmens ("Curamenz AG") konzipiert die Versorgungsprozesse, organisiert die geeigneten Leistungserbringungsstrukturen und koordiniert durch ein Fall-Management die Versorgung der Patienten, die sich in dieses Modell eingeschrieben haben.

Der Arzneimittelhersteller hat mit Krankenkassen einen Vertrag geschlossen, der ihm einen höheren Erstattungspreis für sein Medikament sichert, sofern definierte patientenbezogene Ziele (outcomes) erreicht werden.

Abbildung 1: Akteure im Szenario I



Quelle: IGES

1.2 Kurzstatement

Das Kurzstatement wurde von Dr. Manfred Geiger vom Instituts für Sozialforschung und Sozialwirtschaft e.V. (iso) gehalten. Dr. Geiger ist zunächst auf die Stärken des Szenarios eingegangen:

- Demenz ist eine komplexe, vielschichtige Erkrankung. Es ist nicht nur ein medizinisches sondern auch soziales Problem, das sich angesichts der demografischen Entwicklung zuspitzt. Bereits heute gibt es eine große Betreuungslücke und es wird auch zukünftig an informellen Helfern (z.B. Familie), an Fachkräften und unterstützenden Personen fehlen. Gleichzeitig wächst die Zahl der Demenzerkrankten. Da die Vernetzung in der Versorgung als unzureichend empfunden wird, stellen alle Modelle, die versuchen diese Dienstleistungslücke (durch mehr Betreuung, Ansprechpartner, Begleitung) zu schließen, zunächst einmal einen Fortschritt dar.
- Hinweis: Es gibt bereits Einrichtungen (z.B. nach §45 SGB XI), die versuchen diese Betreuungslücke zu schließen (Beispiel: Koordinierungsstellen der Landkreise)
- Worin besteht der Unterschied zwischen diesen politisch initiierten Einrichtungen und Curamenz? Warum ist Curamenz effektiver?

- Die Kostenfrage ist geklärt, die Krankenkasse bezahlt das Produkt inklusive dem DL-Kranz
- Es besteht ein wirtschaftlicher Anreiz
- Methoden des Service Engineering kommen zum Einsatz
- Professionelle Handhabung

Dr. Geiger hat aber auch auf mögliche Gefahren des Szenarios hingewiesen:

- Die Dienstleistungen sind an ein Produkt gebunden. Der „Alles aus einer Hand“-Anbieter verfolgt das Ziel, den Umsatz seines Produkts zu steigern. Was passiert bei Patienten und Angehörigen, die die DL wünschen, aber bei denen das Produkt nicht ideal indiziert ist? Werden die medikamentösen Alternativen zum Produkt noch ausreichend in Betracht gezogen? Werden die nichtmedikamentösen Alternativen zum Antidementivum (z.B. Tanzkaffee, Gespräche, etc.) noch ausreichend in Betracht gezogen?
  Eine Gefahr (sofern ELMA Erfolg hat) besteht darin, dass die soziale Dimension der Erkrankung verloren geht und die Versorgungsproblematik auf ein Medikamentenproblem reduziert wird.
- Interaktionsarbeit: Begrüßenswert ist, dass durch den Praxisassistenten im Szenario I die sprechende Medizin zurückkehrt. Der Praxisassistent ist jedoch ein Vertreter der Pharmaindustrie. Wie konfliktfähig ist das Konzept, wenn z.B. zwischen Angehörigen/Patienten und dem Praxisassistenten unterschiedliche Vorstellungen über die Versorgung bestehen? Diese Konfliktfähigkeit muss ein solches Modell im Alltag beweisen.
- Wenn das Konzept ELMA erfolgreich ist, werden andere Pharmafirmen das Modell nachahmen. Dadurch können Kooperationsprobleme zwischen konkurrierenden Konzepten entstehen.

Sein zusammenfassendes Fazit lautet:

- Prinzipiell sollten erst geeignete Dienstleistungskonzepte entwickelt werden und dann das Produkt in das Konzept integriert werden. Natürlich stellt sich dann das Problem der Trägerschaft und der Finanzierung.
- Das Konzept aus Szenario I muss ein Weg von vielen bleiben. Vorstellbar wäre, dass andere Träger, z.B. von Wohlfahrtsverbänden ähnliche Konzepte initiieren.

1.3 Teilnehmerdiskussion

Die Diskussionspunkte und Fragestellungen, die von den Teilnehmern zum Szenario I eingebracht wurden, bezogen sich im Wesentlichen auf folgende übergeordnete Themen:

Finanzierung/ Gesundheitssystem

Die Curamenz AG finanziert ihr Dienstleistungsangebot ELMA über eine extra Vergütung der Krankenkasse, sofern bestimmte Patienten relevante Outcomes (PRO) erreichen. In diesem Szenario könnte zum Beispiel der Erhalt der kognitiven Leistungsfähigkeit ein solcher PRO sein oder die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit. Es wurde die Notwendigkeit hervorgehoben, solche patientenrelevanten Outcomes genauer zu definieren.

Daran schloss sich die Diskussion an, an welcher Stelle konkret Reformen im Gesundheitswesen ansetzen müssen, damit die Krankenkasse einen Anreiz hat, z.B. Pflegebedürftigkeit bei den Patienten zu verhindern.

Qualifizierung/Personal

Es wurde ausführlich diskutiert, welche personellen Voraussetzungen erfüllt sein müssen, um dieses Modell umzusetzen. Der Praxisassistent z.B., eine zentrale Figur im Modell, verfügt über weitreichende Entscheidungsbefugnisse. Er muss Leistungen veranlassen, Pflege- und Betreuungsbedarf erkennen und Ansprechpartner sein.

Trägerschaft

Von vielen Beteiligten wurde die Trägerschaft durch einen Arzneimittelhersteller kritisch gesehen. Es wurde hervorgehoben, dass solche Managementleistungen auch von anderen Einrichtungen, z.B. von solchen mit sozialmedizinischer Kompetenz, angeboten werden können.
Der AM-Hersteller hat kein natürliches Interesse an der optimalen Versorgung der Patienten. Sein primärer Anreiz liegt darin, den Umsatz von seinem Produkt zu steigern. Die Verbindung des Produktes mit einem Arzneimittelhersteller könnte die Akzeptanz bei den Interessenvertretern senken. Das Modell müsste so umgesetzt werden, dass es möglichst wenige Argumente dagegen gibt und erkennbare Widerstände umgangen werden.

Positiv wurde hervorgehoben, dass der Arzneimittelhersteller die Gesamtverantwortung für einen definierten Outcome übernimmt, womit ein hoher Grad an Verbindlichkeit erreicht wird.

Eine bessere Vernetzung zwischen den Leistungserbringern entsteht selten aus „good will“, es muss ein klares Interesse daran geben, nur dann werden bessere Kooperationsmodelle auch realisiert. Ein Vorteil im Modell des Szenario I liegt darin, dass die Interessen des Arzneimittelhersteller offenliegen, während die Interessen von politisch initiierten Kooperationsstelle schwerer erkennbar sind.

2. Szenario II: Premium-Versorgung per Zusatzversicherung (MEDPREMIUM)

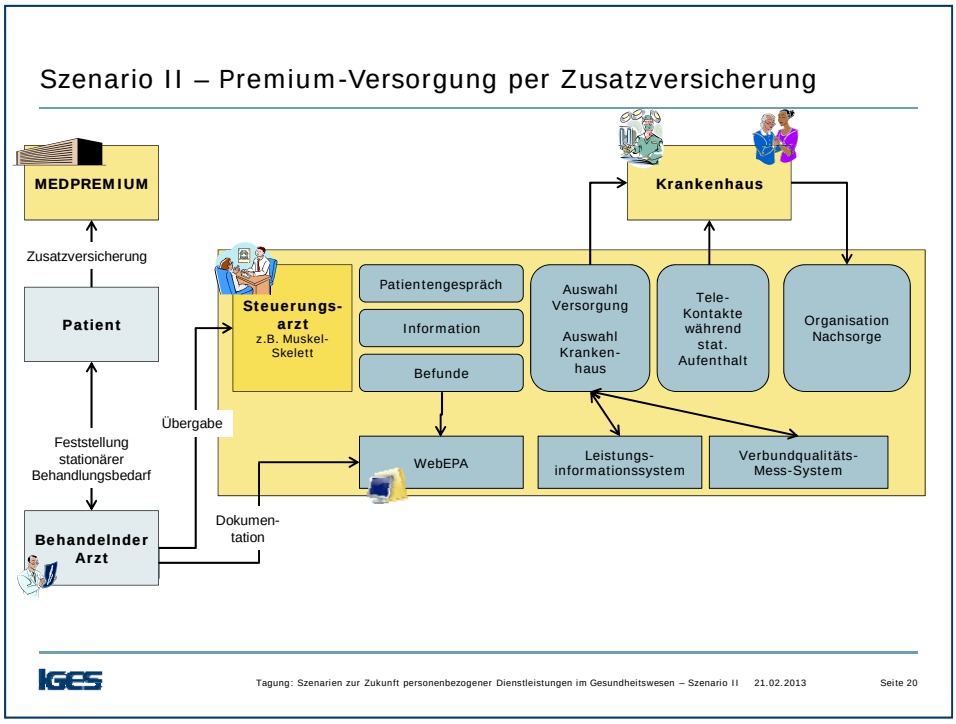
2.1 Zusammenfassung des Szenarios

Das zweite Szenario verfolgt die Leitidee, dass es möglich ist, medizinische - insbesondere stationäre - Leistungen von besonders hoher Qualität in einem Kombinationsmodell aus Versorgung und Zusatzversicherung anzubieten. Strukturell hat MEDPREMIUM Ähnlichkeiten mit amerikanischen Managed Care-Organisationen (z.B. HMO), insofern es mit einer Beschränkung der Leistungsinanspruchnahme auf die Einrichtungen der Organisation einher geht und zahlreiche Mechanismen zur Steuerung der Patienten etabliert sind.

MEDPREMIUM ist ein bundesweit tätiger, relativ engmaschiger Verbund von Krankenhäusern. Die Versicherten schließen bei MEDPREMIUM eine Zusatzversicherung ab, die ihnen im Bedarfsfall - d.h. bei einem planbaren stationären Behandlungsanlass - den Anspruch auf Nutzung der MEDPREMIUM-Strukturen gewährt. Das Leistungsversprechen von MEDPREMIUM bezieht sich vor allem auf eine - der Regelversorgung vermeintlich überlegene - medizinische Qualität. Dies soll u.a. dadurch erreicht werden, dass die Patienten durch Steuerungsärzte sowie definierte Versorgungspfade jeweils in den für sie medizinisch optimalen Versorgungskontext gelenkt werden.

Charakteristisch für MEDPREMIUM ist u.a., dass die innerhalb der stationären Versorgung vielfach bereits etablierte stringente Prozessoptimierung auf den vor- und nachstationären Bereich ausgedehnt wird. Um das Versprechen höherer Qualität einzulösen, werden jedoch nicht nur Informationsflüsse und medizinische Prozesse im engeren Sinne optimiert, sondern auch die Patientenorientierung wird systematisch in das Prozessdesign einbezogen.

Abbildung 2: Akteure im Szenario II



Quelle: IGES

2.2 Statement

Das Kurzstatement wurde von Dr. Boris Augurzky vom Rheinisch-westfälischen Institut für Wirtschaftsforschung gehalten. Die Stärken des Szenarios sieht er u.a. in folgenden Punkten:

- Der Management-Mehrwert dieses Modells liegt im Steuerungsarzt. Er entscheidet, in welchen Krankenhäusern des Netzwerks der Patienten am besten versorgt ist. Die freie Krankenhauswahl bleibt aber dennoch erhalten.
- Der Aufbau des Szenarios ist konsequent vom Patienten her gedacht. Der Anbieter MedPremium verfolgt zwar primär die Ziele der Umsatzsteigerung und der Fallzahlsteigerung, er steht aber im Wettbewerb mit anderen Anbietern. Sein Unternehmensziel muss es daher sein, den Nutzen für den Patienten zu erhöhen, um im Wettbewerb mit anderen Anbietern bestehen zu können.
- Ziel des Netzwerks ist es, durch eine bessere Steuerung der Patienten und durch Fallvermeidung die Produktivität zu steigern. Diese Effizienzgewinne und ggf. der zusätzliche PKV-Beitrag können zu einer besseren Qualität und mehr Service für den Patienten führen.
- Das Szenario ist so aufgebaut, dass es zu weitgehender Akzeptanz bei den beteiligten Ärzten und Pflegekräften führt.

- Ein solches Modell hat gute Marktchancen, wenn der Nutzen für den Patienten erkennbar ist. Das Produkt (Zusatzversicherung PKV) ist deutlich günstiger als heutige Angebote. Dadurch können sich mehr Menschen eine stationäre Zusatzversicherung leisten.
- Das im Modell implementierte Zweitmeinungsprinzip ist sinnvoll und führt ebenfalls dazu, Krankenhausfälle zu vermeiden
- Die Qualitätstransparenz ist im Szenario gut beschrieben.
- Das Netzwerk zeichnet sich auch durch den Einsatz von IT-Lösungen aus und schafft damit die Grundlage für Versorgungsforschung. Denkbar wäre, dass der Anbieter mit Hilfe der erhobenen Daten zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten selektieren kann.

Dr. Augurzky verweist aber auch auf mögliche Hürden, die bei der Realisierung des Konzepts auftreten könnten:

- Es ist kritisch zu hinterfragen, ob die zu erzielenden Produktivitätssteigerungen ausreichen, um all die Zusatzleistungen des Netzwerks zu finanzieren. Der Aufbau eines solchen Netzwerks ist mit sehr hohen Investitionskosten verbunden (Beispiel: Aufbau einer WepEPA kostet mehrere hundert Millionen €). Um die hohen Investitionskosten zu decken, wird eine kritische Masse an Patienten, die diese Zusatzversicherung abschließen, gebraucht.
- Der Eintritt in das Netzwerk ist für die Patienten nicht kostenlos. In bisherigen lokalen Netzen (z.B. Gesundes Kinzigtal) erhalten die Patienten bei Eintritt eine Form des Rabatts (z.B. Erlass der Praxisgebühr). Eine Möglichkeit diese Hürde zu umgehen, wäre das Modell als integrierten Versorgungsvertrag anzubieten. Dadurch könnten auf der einen Seite weitere Effizienzgewinne erreicht werden, auf der anderen Seite werden dann die Gewinne zwischen dem Träger und der Krankenkasse aufgeteilt. In einem IV-Vertrag wären dann allerdings auch die niedergelassenen Ärzte zu beteiligen (Kick-Back Zahlungen).
- Das Modell könnte möglicherweise bei niedergelassenen Ärzten (Stichwort Einweiserboykott), in der Politik und bei anderen Wettbewerbern auf Widerstand stoßen.

2.3 Teilnehmerdiskussion

In Bezug auf Szenario II wurden folgende Diskussionspunkte thematisiert:

Trägerschaft

In beiden Szenarien tritt ein starker Akteur auf, der (ergebnisbezogen) die Gesamtverantwortung für eine bestimmte Versorgung der Patienten übernimmt (Accountability), der bereit ist hohe Anfangsinvestitionen zu leisten und sich durch Risikobereitschaft auszeichnet.

Finanzierung des Modells:

- Zur Diskussion wurde gestellt, ob die gesetzlichen Krankenkassen dazu bereit wären, sich an diesem Modell zu beteiligen und zusätzlich Geld für eine solche Versorgung auszugeben. Die Finanzierungslogik des Modells wurde jedoch aus Sicht der Krankenkasse kritisch gesehen. Ziel der Krankenkasse ist es, durch das Vermeiden von Krankenhausaufenthalten oder durch Qualitätssteigerungen die Produktivität zu steigern. Durch den Produktivitätsanstieg kann die Krankenkasse zusätzlich Geld sparen. Sie habe daher wenig Anreiz für ein solches Versorgungmodell zusätzlich Geld auszugeben.
- Daraufhin wurde auch die Möglichkeit diskutiert, dieses Modell im Rahmen eines integrierten Versorgungsvertrags umzusetzen. Auch auf Seiten der Krankenkassenvertreter wurde eingestanden, dass viele der Krankenkassen noch weit davon entfernt sind Versorgungsverträge in dieser Art abzuschließen. Somit stellt sich weiterhin die Frage, wer ein solches unternehmerisches Risiko übernimmt und den hohen Investitionsaufwand leisten kann.
- Ferner wurde zur Diskussion gestellt, den Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit zu geben, bei elektiven Eingriffen selektive Verträge abzuschließen. Hier fehlt es aber momentan noch an politischem Willen.

Dienstleistungsqualität / Versprechen an den Kunden / Personenbezug

Das Versprechen des Netzwerkverbundes an den Kunden sind unpriorisierte, nichtrationierte Leistungen nach den Möglichkeiten der modernen Medizin, optimale Qualität und mehr Serviceorientierung. Für diese Leistungen bezahlen die Kunden den Zusatzbeitrag. Damit wurde bei der Entwicklung des Szenarios implizit unterstellt, dass es in der Zukunft all diese Leistungen in der Regelversorgung nicht mehr geben wird. Das Szenario nimmt vor diesem Hintergrund die Perspektive der Dienstleistungsentwicklung ein. Hier wird eine bessere Qualität systematisch entwickelt, z.B. die Zuwendungszeit für den Patienten wurde in den Prozess integriert und risikoadjustiert kalkuliert.

Qualitätsmessung / Ausgestaltung eines Qualitätssicherungssystems

- Die Qualitätssicherung in diesem skizzierten System ist sehr anspruchsvoll. Die Qualität muss über mehrere Sektoren hinweg von der Diagnose bis zur Rehabilitation hin gemessen werden, gleichzeitig werden im Netzwerkverbund zahlreiche Versorgungsleistungen angeboten (Gespräch, Nachsorge, etc.), die sich ebenfalls einer Qualitätsmessung unterziehen müssen. Auch die Qualität der Steuerungsfunktion müsste Bestandteil der Qualitätssicherung sein.
- Auch das betriebliche Management (Mitarbeiterzufriedenheit, Klima im Betrieb) könnte/müsste Bestandteil einer Qualitätsprüfung sein,

da diese sich letztendlich auch auf die Interaktion mit dem Patienten auswirken kann.

Ausbreitung/Akzeptanz des Konzeptes

Bei Betrachtung des Zusatzversicherungsmarkts kann festgestellt werden, dass zahlreiche Personen Zusatzversicherungen für Brillen, Zahnersatz, etc. abschließen. Aber werden sie auch bereit sein für eine hochwertige stationäre Versorgung zusätzlich Geld auszugeben?

Aus der Versicherungsperspektive ist die Umsetzung des Modells über eine Zusatzversicherung schwierig. Sofern der Patient noch keinen Schadensfall erlitten hat, wird er kaum bereit sein, eine Zusatzversicherung abzuschließen. Ist der Schadensfall eingetreten und der Patient steht möglicherweise vor einer Operation, hat der Anbieter keinen Anreiz mehr, einen Vertrag mit dem Patienten abzuschließen.

Die Akzeptanz einer solchen Zusatzversicherung wird auch davon abhängen, ob die Vorteile für den Patienten klar erkennbar sind. Der Vorteil von höherwertigen medizinischen Verfahren und Medizinprodukten ist für den Patienten unter Umständen schwer erkennbar. Er wird den Zusatznutzen des Produktes eventuell nicht beurteilen können.

3. Szenario III: Das Versorgungspartner-Netzwerk

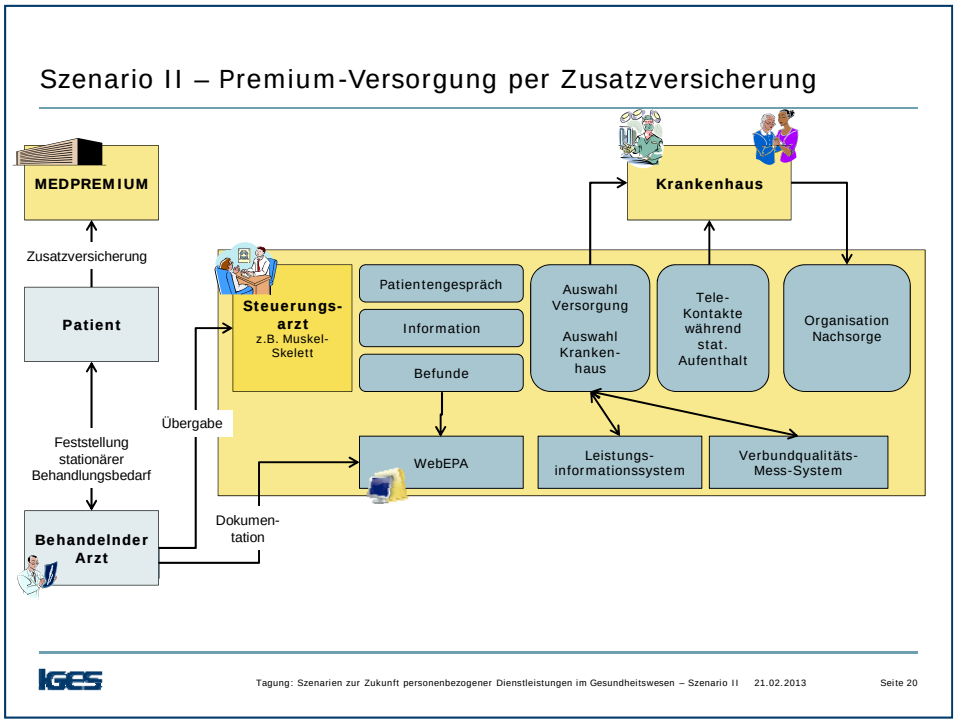
3.1 Vorstellung des Szenarios

Das "Versorgungspartner-Netzwerk (VpN)" ist eine Plattform für die Koordination der ambulanten Versorgung von Patienten mit sehr komplexen Krankheitsbildern. Auf der Plattform werden die Versorgungsbedarfe der Patienten systematisch dokumentiert, die adäquaten Leistungen identifiziert und der Kontakt zu geeigneten Leistungserbringern hergestellt. Das Charakteristische des VpN-Konzepts besteht darin, dass durch die Integration von spezialisierten Dienstleistungen die Funktionsfähigkeit und Akzeptanz sichergestellt sowie die Produktivität des Ansatzes gesteigert werden.

Im Zentrum stehen einerseits eine Elektronische Versorgungsakte (EVA) und andererseits die Person des VpN-Koordinators. In der EVA werden die individuellen Versorgungsbedarfe – z.B. spezialisierte Pflege, Hilfsmittel – dokumentiert. Die Informationen in der EVA werden vom Patienten für registrierte Leistungserbringer freigeschaltet, die sich um die Lieferung der Leistung bewerben können. Darüber hinaus wird die technische Infrastruktur genutzt, um die Informationsflüsse zwischen Patienten und Ärzten bzw. Ärzten untereinander effektiver zu gestalten. Die VpN-Koordinatoren sind die persönlichen Ansprechpartner der Patienten, sie koordinieren die Versorgung, unterstützen die Dokumentation usw.

Das VpN wird vor allem durch Lizenzgebühren finanziert, die bestimmte Leistungserbringer entrichten, um Zugang zu der Plattform zu erhalten. Hervorzuheben ist die Offenheit des Konzepts: Die Plattform kann grundsätzlich von qualifizierten Leistungserbringern aller relevanten Versorgungsebenen sowie Patienten aller Krankenkassen genutzt werden.

Abbildung 3: Akteure im Szenario III



Quelle: IGES

3.2 Statement

Das Statement zum Szenario III wurde von Prof. Dr. Klaus Jacobs (Wissenschaftliche Institut der AOK) gehalten. Er bewertet die Vorzüge und Nachteile aller drei vorgestellten Szenarien noch einmal übergreifend. Seine wesentlichen Kernaussagen waren:

Die zentrale Ursache für viele Ineffizienzen und Unwirtschaftlichkeiten in der Versorgung der Patienten ist die Fragmentierung/Segmentierung der Versorgung. In allen drei vorgestellten Szenarien findet eine Steuerung der Versorgung statt mit dem Ziel die Segmentierung der Versorgung zu überwinden und sich mehr am Patienten zu orientieren. Insofern sind diese Modelle als positiv zu bewerten.

Schon heute gibt es zahlreiche neue Möglichkeiten Informationstechnologien in der Versorgung einzusetzen, da die Handhabung solcher Geräte (Tablets, PCs) immer leichter wird. Die meisten regionalen Versorgungsmodelle bei denen der Patient im Blick steht nutzen solche Instrumente bereits.

Sofern Versorgungsmodelle neue Funktionen, neue Berufsgruppen oder eine Umverteilung der Aufgaben beinhalten, stoßen sie in der Regel auf starken Widerstand bei Interessenvertretern, bei den Kammern und bei

der Politik (Beispiel: Das Modell „Agnes“). Wie kommen neue, sinnvolle Versorgungsformen bzw. Modelle in die Welt?

Ein großes Problem in allen drei Szenarien stellt die Trägerschaft und Finanzierung der Anbieter in den Modellen dar. Der Arzneimittelhersteller hat nicht per se ein Interesse an einer patientenorientierten Sicht. Auch der Hersteller im Szenario III, der über die Lizenzgebühr das Modell finanziert, hat per se kein Interesse an der Übernahme einer Gesamtverantwortung für den Patienten. Bei einer anreizorientierten Betrachtung hat nur die Krankenkasse ein Interesse an der bestmöglichen Versorgung der Patienten. Die Umsetzung dieser Modelle mit den in den Szenarien gewählten Trägern schaffen neue Vorbehalte und regen den Widerstand bei zahlreichen Interessensvertretern an.

Konkret für dieses Modell wäre es denkbar, dass die Krankenkasse sich an einem solchen Modell beteiligt. Die Finanzierung würde dann aber nicht durch den Hersteller erfolgen sondern z.B. über Rabattverträge.

Eine Finanzierung durch die Krankenkasse dürfte aber nicht „on top“ erfolgen, sondern wäre integriert in ein Gesamtkalkül, bei dem die zusätzliche Finanzierung durch Produktivitätssteigerungen im Netzwerk ausgeglichen wird.

Weiter geht er auf die Frage ein, ob die Krankenkasse solche Versorgungsmodelle selber anbieten oder eher von Dritten einkaufen soll. Das hängt seiner Meinung nach von mehreren Faktoren ab, unter anderem von der Häufigkeit der Krankheit, von der Größe der Krankenkasse und ihrer regionaler Präsenz. In den USA zumindest hat sich die fehlende Trennung von Verantwortung und Leistungserbringung als nachteilig hinsichtlich der Akzeptanz bei den Patienten erwiesen.

3.3 Teilnehmerdiskussion

Szenario III stellt eine Weiterentwicklung des bereits existierenden Netzwerkes AmbulanzPartner dar, das von Prof. Dr. Thomas Meyer und Prof. Dr. Christoph Münch an der Charité initiiert wurde. Prof. Meyer hat ebenfalls an der Veranstaltung teilgenommen. Viele der Fragen beziehen sich daher direkt auf das AmbulanzPartner Modell. Folgende Diskussionspunkte wurden ausführlicher thematisiert:

Übertragbarkeit und Ausbreitung des Modells

Das Modell ist auch auf andere Indikationen übertragbar. Sofern es sich allerdings um Krankheiten mit geringem Hilfsmittelbedarf handelt, kann die Finanzierung über die Hersteller nicht sichergestellt werden.

Das Modell hat keinen räumlichen Bezug, es ist damit bundesweit umsetzbar. Patienten und Ärzte in schlechter versorgten Regionen würden

besonders von der koordinierten Versorgung durch AmbulanzPartner profitieren.

AmbulanzPartner kann auch als Franchise-Unternehmen verstanden werden. Es gibt eine einheitliches sog. Qualitätsgebrauchsmusterkonzept und SOPs (Standard Operation Procedure), so ist z.B. die Struktur der Informationstechnologie überall gleich. Die regionalen AmbulanzPartner Modelle können sich aber in der Umsetzung unterscheiden.

Personal/Qualifikation

Über das AmbulanzPartner Modell werden momentan rund 2.000 Patienten koordiniert. Insgesamt stehen für die Versorgung der Patienten aktuell 7 Koordinatoren zur Verfügung. Wie viele Patienten ein Koordinator betreuen kann, hängt auch vom gewählten Modul und dem individuellen Bedarf der Patienten ab. In einem Fall muss der Koordinator ein komplexes Versorgungskonzept koordinieren, in einem anderen Fall unterstützt er lediglich bei der Suche nach geeigneten Leistungserbringern.

Bei dem Koordinator handelt es sich um einen neue Figur im Gesundheitswesen, der vielfältige Anforderungen erfüllen muss. Zum einen muss der Koordinator qualifiziert im Umgang und in der Interaktion mit schwerkranken Patienten sein, gleichzeitig muss er über ausreichend technisches Know-How verfügen, um die IT-Anforderungen der Plattform zu bewältigen.

Die Versorgung in den entwickelten Modellen setzt voraus, dass ausreichend qualifizierte Pflegefachkräfte zur Verfügung stehen. Wie wird das Problem der Fachkräftelücke in den Modellen gelöst?

- Bei AmbulanzPartner könnten Fachkräfte als Koordinatoren eingesetzt werden, die aufgrund ihres Alters nicht mehr im Pflegealltag arbeiten können (z.B. Fachkräfte über 50) und im bisherigen Versorgungssystem „nur“ noch im administrativen Kontext eingesetzt werden. Dabei geht die Kernkompetenz des Personals verloren. Als Koordinator könnten sie ihr Expertenwissen einbringen und ihre Qualifizierung durch neue Tätigkeitsformen aufrechterhalten.
- Personenbezogene Interaktionsarbeit ermöglicht Ärzten und Pflegekräften sich wieder stärker auf Patienten zu konzentrieren

Qualitätskriterien / Bewertung

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten Produkte im Internet zu bewerten bzw. sich Bewertungen anzuschauen. Im Bereich der Pflege werden zwar durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Einrichtungen bewertet, es gibt aber noch keine Möglichkeit, etwas über die Qualität der Interaktionsarbeit in einem Pflegeheim zu erfahren. Wie können sich Patienten in die Dienstleistungsentwicklung einbringen?

Der Koordinator kann in der Bewertung eine wichtige Mediator-Rolle einnehmen. Ärzte erfahren in der Regel nicht, wie zufrieden ein Patient mit einer veranlassten Leistung war. Der Koordinator hingegen erhält das Feedback für z.B. veranlasste Leistungserbringer (Physiotherapeuten, etc.) aus Patientensicht.

4. Abschließende Diskussion und weiterer Forschungsbedarf

In der Abschlussdiskussion wurden die Teilnehmer gebeten vor dem Hintergrund der in den Szenarien entwickelten Versorgungsmodelle, Forschungsfragen im Hinblick auf die Zukunft der personenbezogenen Dienstleistungen zu formulieren. In diesem Kontext wurden folgende Themen angesprochen:

Entwicklung neuer beruflicher Rollen

Wie können neue berufliche Profile entwickelt werden, die über die notwendigen - auch technischen- Kompetenzen verfügen? Wie kann die Akzeptanz in der Bevölkerung für neue Berufsgruppen gefördert werden. Wie kann Vertrauen bei Patienten für neuen Berufe aufbaut werden?

Bewertung / Patientensicht in der DL-Entwicklung

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten Produkte im Internet zu bewerten bzw. sich Bewertungen anzuschauen. Im Bereich der Pflege werden zwar durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) Einrichtungen bewertet, es gibt aber noch keine Möglichkeit, etwas über die Qualität der Interaktionsarbeit in einem Pflegeheim zu erfahren. Wie können sich Patienten in die Dienstleistungsentwicklung einbringen?

Wie kann die Qualität von Interaktionsarbeit gemessen werden?

Mit Anspruch auf Objektivität kann Interaktion nur schwer bewertet werden. Auch Befindlichkeiten haben in diesem Kontext ihre Bedeutung. Wie können wir zukünftig Aussagen darüber treffen, ob Versorgungmodelle patientenorientiert sind oder nicht?

Ein Forschungsziel sollte es sein, die Handlungslogik von Interaktionsarbeit mit der Handlungslogik des Service-Engineerings zusammenzubringen.

Die Rolle der Fach/ Pflegekräfte:

Welche Auswirkungen haben die Modelle auf die Pflegebeschäftigung? Lindern sie das Problem des Pflegefachkräftemangels oder verschärfen sie den Wettbewerb zwischen den Pflegebetrieben und führen zu einer noch größeren Arbeitszeitverdichtung?

Klassisches Prozessmanagement in der Patientenversorgung?

Welche nicht wertschöpfenden Tätigkeiten in der heutigen Versorgung eines Patienten können eliminiert werden? Die Prozesse sollten systematisch und sektorübergreifend betrachtet werden. Wo sind die Prozesse unwirtschaftlich? (Beispiel: ein Arzt, der Termine für die Patienten organisiert.) Wo können Effizienzverluste behoben werden? Innerhalb

einzelner Sektoren ist das bereits passiert (Beispiel: Krankenhaussektor), aber im gesamten Prozess der Patientenversorgung noch nicht.

Wie können Prozesse durch den Einsatz von Technik sektorübergreifend verbessert werden?

Messen der Wertschöpfung von Interaktionsqualität

Problem: Die Interaktionsqualität (mehr Zuwendung, Gespräche) ist nicht wertschöpfend darstellbar, obwohl sie auch für den Heilungsverlauf bedeutsam sein kann. Wie könnte man wertschöpfende Qualitätsverbesserungen dieser Art darstellbar und vergleichbar machen?

Wie kann sichergestellt und bewertet werden, ob die im Versorgungsprozess erzielten Effizienzgewinne dazu genutzt werden, die Qualität der Interaktionsarbeit zu erhöhen (z.B. mehr Zuwendung, mehr Gespräche für den Patienten). Wie können Rationalisierungsgewinne verteilt werden, so dass sie dem Patienten zu Gute kommen und dem Anbieter (z.B. höhere Fallzahlen)?

5. Anhang

A1 Folienpräsentation Begrüßung

A2 Folienpräsentation Szenario I

A3 Folienpräsentation Szenario II

A4 Folienpräsentation Szenario III

A1 Folienpräsentation Begrüßung

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

Begrüßung und Einführung

Hans-Dieter Nolting

Drei Szenarien zur Zukunft personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Berlin, 21. Februar 2013

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

Agenda

1. Personenbezogene Dienstleistungen im Gesundheitswesen – Zum Hintergrund der Tagung
2. Themen und Fragestellungen
3. Organisatorisches

1. Personenbezogene Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Zum Hintergrund der Tagung

Die „Vordringliche Maßnahme des BMBF“

GEFÖRDERT VOM
Bundesministerium für Bildung und Forschung

DLR
Projektträger im DLR

Die „Vordringliche Maßnahme des BMBF“

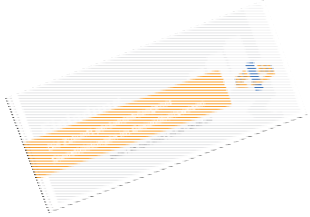
Übergeordnete Ziele der Projektverbünde:

- Anwendung von Methoden und Perspektiven der Dienstleistungsforschung (Service Science) auf Problemstellungen der gesundheitlichen Versorgung.
- Ermittlung der spezifischen Herausforderungen der Dienstleistungsgestaltung im Bereich der Seltenen Erkrankungen.

Ziele des Begleitvorhabens von iso-Institut und IGES:

- Ermittlung von Forschungsbedarfen bzw. spezifischen Fragestellungen für eine Dienstleistungsforschung zu Personenbezogenen Dienstleistungen
- Konzeptionelle Entwicklung eines neuen Themenbereichs „Personenbezogene Dienstleistungen“ im Rahmen des Programms des BMBF „Innovationen mit Dienstleistungen“

Erste Tagung im April 2012



Thema:

- Was sind wichtige Trends in der Gesundheits-wirtschaft, die zu tiefgreifenden Änderungen der dort erbrachten Dienstleistungen führen werden?
- Welche Fragen an die Dienstleistungsforschung resultieren aus diesen Entwicklungen?

Beispiele für vier wichtige Trends:

1. Wachsende Bedarfe – schrumpfende Kapazitäten
   - *Ambulante medizinische Versorgung: Das Projekt agnes^{zwei}*
2. Ambulantisierung der Versorgung
   - *Selbstbestimmtes Wohnen mit Versorgungssicherheit: Das Bielefelder Modell*
3. Industrialisierung der Medizin
   - *Netzwerkprozesse in den Einrichtungen der Rhön-Klinikum AG*
4. Hybridisierung und Entstehung von Systemanbietern
   - *Integrierte Versorgung Schizophrenie in Niedersachsen*

Themen und Fragestellungen

Zentrale Fragestellungen in der Diskussion der vier Trends bzw. der präsentierten Lösungsbeispiele

- Patientenorientierung durch Service Design:
  - Wie wird gewährleistet, dass die Qualitätserwartungen und Präferenzen der Patienten/Nutzer zum Maßstab der Entwicklung von innovativen Versorgungskonzepten werden?
- Ko-Produktion von Dienstleistungen:
  - Wie können die Voraussetzungen für eine fruchtbare Interaktionsarbeit von Patienten und Versorgern verbessert werden?
- Kooperation in komplexen Dienstleistungssystemen:
  - Wie können Kooperationen und Vernetzungen zwischen beteiligten Leistungserbringern systematisch entwickelt werden?

Themen und Fragestellungen

Zentrale Fragestellungen in der Diskussion der vier Trends bzw. der präsentierten Lösungsbeispiele

- Technikeinsatz:
  - Wie können die Potenziale einer stärkeren Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien (IKT) aktiviert werden?
- Qualität:
  - Wie kann die Qualität von personenbezogenen Dienstleistungen messbar gemacht und systematisch verbessert werden?
- Innovationsanreize:
  - Welche Rahmenbedingungen fördern die Entstehung von Innovationen im Bereich der Gesundheits-Dienstleistungen?

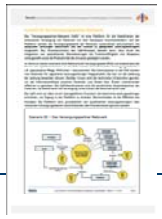
Konzept der zweiten Tagung

Entwurf von drei denkbaren Versorgungsmodellen, die in Form von Szenarien dargestellt sind:

Szenario I – „Alles-aus-einer-Hand“

Szenario II – Premium-Versorgung per Zusatzversicherung

Szenario III – Das „Versorgungspartner-Netzwerk“



Konzept der zweiten Tagung

Diskussion, inwieweit diese drei Entwürfe brauchbare Antworten auf die eben genannten Fragen liefern bzw. ob sie folgende Ziele erreichen:

- Gestaltung der Versorgungsprozesse unter Berücksichtigung der Interessen und **Präferenzen der Patienten** und ihrer Angehörigen
- Entwicklung **neuer Dienstleistungen und Versorgungsangebote**, die heute unzureichend befriedigt werden
- Schaffung von Spielräumen für mehr Zuwendung und sinnvolle persönliche **Interaktionen zwischen den Patienten und ihren Versorgern**
- Steigerung der **Produktivität der Versorgung** durch intensivere Nutzung von Informations- und Kommunikationstechnologien
- **Akzeptanz bei den Beschäftigten** im Gesundheitswesen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten usw.), positive Effekte auf deren Arbeitssituation

Ablauf

Getrennte Diskussion jedes Szenarios:

- Das Szenario im Überblick
- Rückfragen zum Verständnis des Szenarios
- Kurzstatement
- Diskussion

Abschlussdiskussion

Kaffeepause von 11.45 – 12.00 Uhr (15 min)

Mittagsimbiss von 13.00 – 13.45 Uhr (45 min)

Ende der Veranstaltung um 16.00 Uhr

Hinweis: Um uns die Dokumentation der Veranstaltung zu erleichtern, zeichnen wir die Diskussion auf Tonband auf.

A2 Folienpräsentation Szenario I

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

Szenario I – „Alles aus einer Hand“

Caroline Schmuker

Drei Szenarien zur Zukunft personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Berlin, 21. Februar 2013

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

Leitidee des Szenarios

Bei komplexen Krankheiten führt eine mangelhafte Versorgungs-koordination dazu, dass die grundsätzlich möglichen gesundheitlichen Outcomes nicht erreicht werden.

- Arzneimitteltherapien werden im Alltag nicht adäquat umgesetzt
- Ergänzende Therapien werden nicht im erforderlichen Maße verordnet
- Usw.

Hersteller von Produkten – z.B. Arzneimitteln – folgen zunehmend einer Orientierung am gesundheitlichen Nutzen („value“)

- Im Fokus steht nicht mehr allein das Produkt und seine Wirkungen, sondern der Gesamtnutzen eines Behandlungskonzepts – welches das Produkt einschließt – für den Patienten.
- Hintergrund ist auch die Beobachtung, dass das Nutzenpotenzial der eigenen Produkte unter den herrschenden Rahmenbedingungen der Versorgung nicht ausgeschöpft wird.

→ **Verknüpfung des Produkts mit relevanten Versorgungsdienstleistungen**

→ **Gründung von Tochtergesellschaften für eine „Versorgung aus einer Hand“**

Struktur

Zielgruppen:

- Patienten, die mit einem Produkt des Herstellers behandelt werden (im Beispiel: Alzheimer-Demenz) und deren Angehörige
- Krankenversicherungen, die Interesse am Abschluss von outcome-basierten Verträgen haben

Leistungsversprechen:

- Patienten und Angehörige:
  - Entlastung der Angehörigen durch einen Fallmanager, die die Versorgung koordiniert
  - Netzwerk von besonders qualifizierten Leistungserbringern
  - Optimale Umsetzung des Behandlungskonzepts (z.B. kognitive Trainings)
- Krankenversicherungen:
  - Erreichen definierter Outcomes

Struktur

Infrastrukturen:

- Managementgesellschaft („Curamenz AG“, Tochter des Arzneimittelherstellers)
- Netzwerk spezialisierter Versorgungspraxen
- „Alzheimer-Praxisassistent“ (bei Versorgungspraxen angesiedelt)
- Elektronische Versorgungsakte (EVA)
- Netzwerk spezialisierter therapeutischer und pflegerischer Dienstleister (ggf. auch Eigeneinrichtungen der Curamenz AG)
- Netzwerk ehrenamtlicher Helfer

Prozesse

Patient erhält Verordnung des betreffenden Alzheimer-Medikaments

Einschreibung in das „ELMA-Programm“ der „Curamenz AG“

Zuordnung zu einer Versorgungspraxis und einem „Alzheimer-Praxisassistenten“

Erst-Assessment durch Praxisassistent

Veranlassung der erforderlichen Leistungen (z.B. MRT-Kontrollen, kognitive Trainings)

Organisation von Betreuungs-/Begleitleistungen, Beratung der Angehörigen

Auswahl Leistungserbringer, administrative Abwicklung

Dokumentation in der EVA

Regelmäßige Versorgungs-Assessments durch Praxisassistent

Anpassung des Leistungsbündels an den Krankheitsfortschritt

Rahmenbedingungen

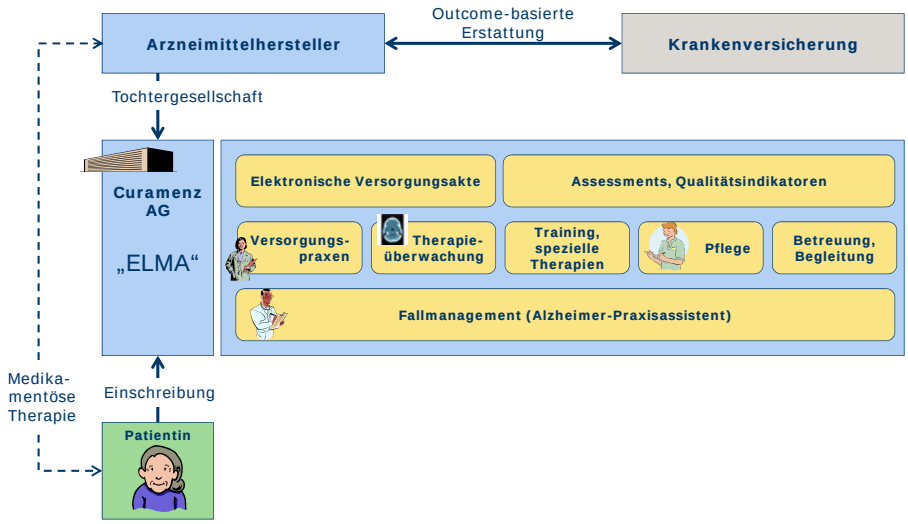
Träger:

- Arzneimittelhersteller gründet eine Managementgesellschaft („Curamenz AG“)
- Zugang zum Programm haben grundsätzlich Patienten, die mit dem Medikament des Herstellers behandelt werden. Patienten können im Programm bleiben, wenn das Medikament abgesetzt wird.
- Krankenversicherungen, die mit dem AM-Hersteller einen entsprechenden Vertrag geschlossen haben

Finanzierung:

- Über einen Vertrag zwischen AM-Hersteller und Krankenkasse, der bei Erreichen von definierten patientenrelevanten Outcomes einen höheren Erstattungspreis für das Arzneimittel vorsieht.

Szenario I – Alles aus einer Hand



A3 Folienpräsentation Szenario II

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

Szenario II – Premiumversorgung per Zusatzversicherung

Karsten Zich

Drei Szenarien zur Zukunft personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Berlin, 21. Februar 2013

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

.

Leitidee des Szenarios

(Planbare) Krankenhausbehandlungen oft eher wenig strukturiert und nicht in jenen KH, die für die Versorgung die höchstmögliche Kompetenz und Effizienz haben

- Zulauf und Steuerung der Patienten durch Einweiser häufig erfahrungs- und z.T. beziehungsgeleitet sowie überwiegend regional eng ausgerichtet
- Produktivitäts- und Wohlfahrtsverluste, die besser in höhere Qualität und/oder mehr Zuwendung investiert wären
- Schnittstellenprobleme führen zu Informationsdefiziten, Mehrfachdiagnostik etc.

Patientenlenkung durch Steuerungsärzte in definierte, jeweils angemessene Versorgungspfade ermöglicht höhere medizinische Qualität

- outcomeorientiertes + sektorenübergreifendes Prozessdesign inkl. Patientenorientierung sowie ausgebaute Infosysteme und einheitlich bessere Patientenaufklärung notwendig

→ Zentrale Verbundentwicklung von Verfahren, Instrumenten + Logistik
→ Über „Zusatzversicherung" Bindung potenzieller Patienten
→ Incentivierung von Dokuleistungen der Niedergelassenen

Struktur

Zielgruppen:

- Insbes. Patienten mit „gutem Risiko“, aber auch Patienten mit planbaren KH-Leistungen, die auch komplexere Vor- und Nachsorgebedarfe haben
- Niedergelassene Ärzte, rehabilitativ-therapeutische sowie pflegerische Institutionen und Dienstleister

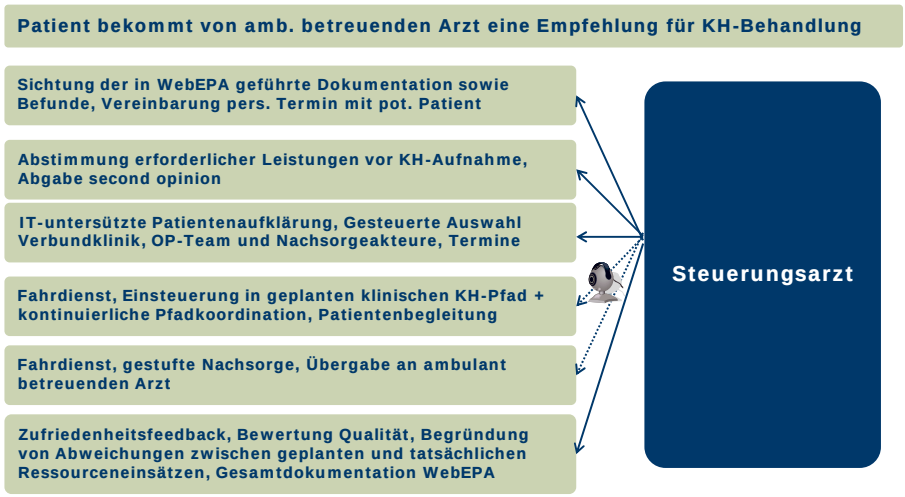
Leistungsversprechen:

- Patienten (und Angehörige):
  - Fester ärztlicher Ansprechpartner im Gesamtprozess
  - Volle, uneingeschränkte, nicht-rationierte und nicht-priorisierte Versorgung
  - Hohe Qualitäts- und Servicestandards
- Leistungserbringer:
  - Niedergelassene: Entlastung von Koordinations- und Aufklärungsarbeit, verlässliche Informationen + Ergebnisse, zufriedenere Patienten

Infrastrukturen:

- Elektronische Patientenakte(WebEPA), Aufklärungsmodule, LISS, VQMS etc.
- Steuerungsärzte
- Netzwerk ehrenamtlicher Patientenbegleiter

Prozesse



Rahmenbedingungen

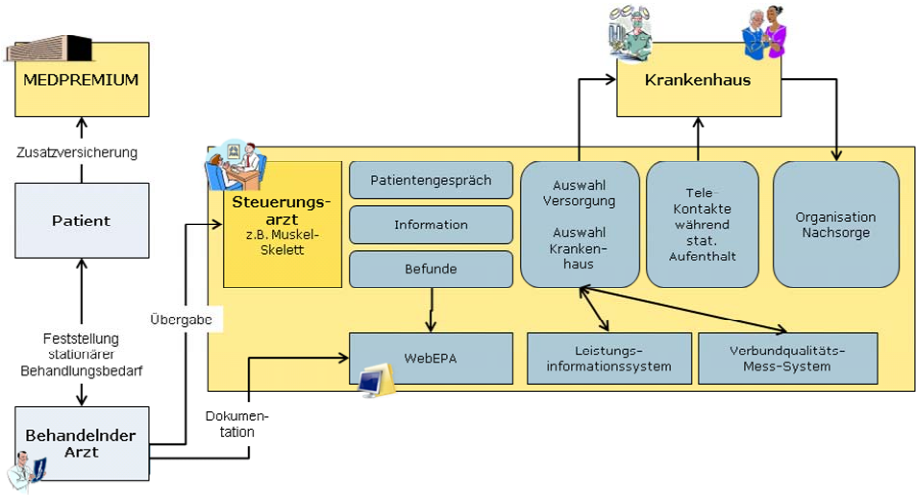
Träger:

- Krankenhausketten / -verbünde, die regional nahezu alle Leistungen innerhalb einer Stunde Fahrtzeit qualifiziert anbieten könnten
- Eigene oder vertragliche gebundene Einrichtungen und Dienstleister aus den Bereichen Rehabilitation, Heil- und Hilfsmittel, Pflege, die Versorgungspfade in definierter Qualität umsetzen können
- Qualifizierte Steuerungsärzte sind Fachexperten, kennen die Verbund-krankenhäuser sehr gut und sind stark zuwendungsorientiert

Finanzierung:

- Versicherungsprämie der Zusatzversicherung
- Produktivitätsgewinne aus optimierter Patientensteuerung und Arbeitsteilung
- Dokumentierter Qualitätszuwachs führt zu Mengenwachstum auch bei Fällen, die bislang noch keine Zusatzversicherung haben

Szenario II – Premiumversorgung per Zusatzversicherung



A4 Folienpräsentation Szenario III

| Gesundheit | Mobilität | Bildung |

Szenario III – Das Versorgungspartner-Netzwerk

Hans-Dieter Nolting

Drei Szenarien zur Zukunft personenbezogener Dienstleistungen im Gesundheitswesen
Berlin, 21. Februar 2013

IGES Institut. Ein Unternehmen der IGES Gruppe.

Leitidee des Szenarios

An der ambulanten Versorgung von komplexen Krankheitsbildern sind in der Regel mehrere unterschiedliche Leistungserbringer beteiligt.

- Zahlreiche Schnittstellen und Koordinationserfordernisse
- Gefahr von Informationsdefiziten
- Unzureichende Gesamtkoordination -> suboptimale Versorgungsqualität

Moderne Informations- und Kommunikationstechnologien bieten grundsätzlich die Möglichkeit einer besseren Koordination.

- Nutzung von IKT im Gesundheitswesen unterentwickelt
- Nur eine Verknüpfung der Technik mit neuartigen Dienstleistungen kann das Potenzial heben.

→ **Aufbau einer Internet-basierten Plattform für die Versorgungskoordination**
→ **Einbindung von spezifischen Dienstleistungen sowohl für Patienten, als auch für die Leistungserbringer**

Struktur

Zielgruppen:

- Insbes. Patienten mit komplexen Versorgungsbedarfen (u.a. Hilfsmittel, Pflege)
- Ärzte, Therapeuten, Pflegedienste, Hilfsmittellieferanten, Apotheken

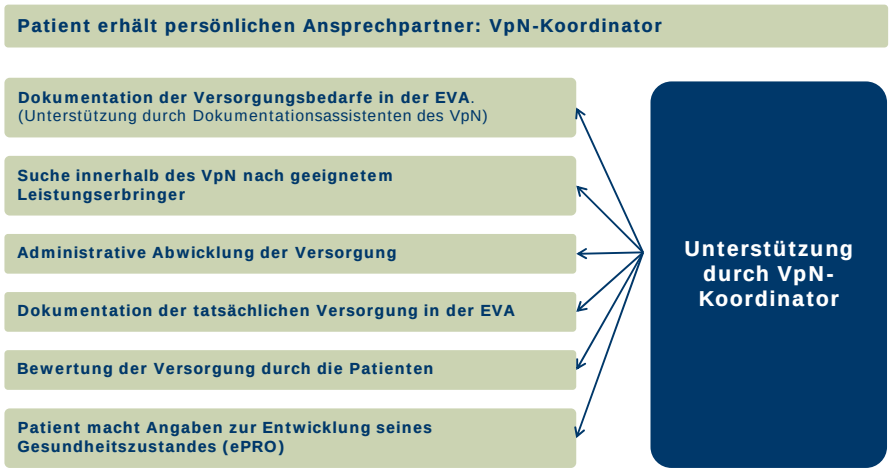
Leistungsversprechen:

- Patienten:
  - Einheitlicher Ansprechpartner für alle Fragen der Versorgung
  - Finden geeigneter Leistungserbringer für die individuellen Bedarfe
  - Bessere Gesamtkoordination
- Leistungserbringer:
  - Ärzte: Entlastung von Koordinationsaufgaben, bessere Transparenz aller Versorgungsprozesse
  - Andere Leistungserbringer: effizienter Zugang zu Kunden/Patienten

Infrastrukturen:

- Elektronische Versorgungsakte (EVA)
- VpN-Koordinatoren

Prozesse

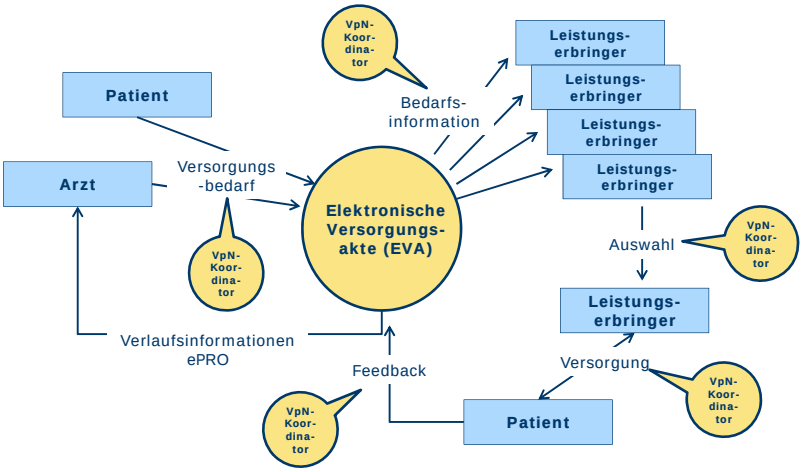


Rahmenbedingungen

Träger:

- Plattform für ambulante Versorgung (z.B. betrieben durch eine Universitätsambulanz)
- Grundsätzlich offen für alle Patienten und Leistungserbringer aus dem Bereich der betreffenden Indikationen
- Bestimmte Leistungserbringer – z.B. Pflegedienste, Hilfsmittellieferanten- müssen eine Lizenzgebühr für die Teilnahme zahlen

Finanzierung:

- Aus den Lizenzgebühren von Leistungserbringern
- Perspektivisch u.U. weitere Finanzierungsquellen erforderlich

Szenario III – Das Versorgungspartner-Netzwerk