

Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung

**Referat im Rahmen der Präsentation eines
Forschungsberichts im Auftrag des
Bundesministeriums der Finanzen
am 11.09.2009 in Berlin**

Stärkung der Wettbewerbsorientierung durch Ausweitung der selektivvertraglich organisierten Gesundheitsversorgung

Referat im Rahmen der Präsentation eines Forschungsberichtes im Auftrag des Bundesministeriums der Finanzen am 11.09.2009 in Berlin

1. Ziele und ordnungspolitische Richtung einer Intensivierung des Wettbewerbs im Gesundheitswesen
2. Managed Care-Elemente in der gesetzlichen Krankenversicherung
3. Zum bisherigen Stand von integrierter Versorgung und selektiven Verträgen
4. Perspektiven integrierter Versorgung unter Wettbewerbsbedingungen
5. Nachhaltige Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung als künftige Herausforderung
6. Cost Sharing- und Risk Sharing-Verträge als Varianten von Capitation
7. Handlungsbedarf im Rahmen selektiver Verträge
8. Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb

Ziele des Wettbewerbs im Gesundheitswesen

- Orientierung des Leistungsangebotes an den Präferenzen der Versicherten
- Erfüllung der Bedürfnisse und Wünsche der Patienten durch Lenkung der Leistungen zum Bedarf
- effektive Zielerreichung durch Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes, d.h. durch Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität
- effektive Zielerreichung durch Verbesserung der gesundheitlichen Outcomes, d.h. durch Erhöhung von Lebenserwartung und Lebensqualität,
- effiziente Leistungserstellung durch optimale bzw. kostengünstige Produktion
- Entlohnung nach erbrachter Leistungsqualität durch eine leistungsbezogene Vergütung der Produktionsfaktoren, d.h. der Personal- und Sachleistungen,
- Förderung von Produkt- und Prozessinnovationen, vornehmlich im Zuge von dezentralen Suchprozessen,
- Einräumung eines möglichst weiten Spektrums von Handlungs- und Wahlfreiheiten für alle an der gesundheitlichen Leistungserstellung Beteiligten und von ihr Betroffenen sowie
- Vorbeugung gegen monopolistischen Marktmissbrauch durch staatliche Instanzen, Krankenkassen und Leistungserbringer.

Zur Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen

Entscheidungsebene

Makroebene:

gemeinsames und
einheitliches Handeln

Mesoebene:

korporative Vereinbarungen

Mikroebene:

dezentrale
Vertragsverhandlungen

**GKV
Ist**

**GKV
Soll**

Wettbewerbsparameter

Anzahl der Instrumentvariablen von Krankenkassen und Leistungserbringern

Quelle: Eigene Darstellung

Managed Care-Elemente in den besonderen Versorgungsformen

Versorgungsformen Elemente	herkömmliche Versorgung	Struktur- verträge	Modell- vorhaben	hausarzt- zentrierte Versorgung	besondere ambulante Versorgung	integrierte Versorgungs- formen	strukturierte Behandlungs- programme
Rechtsgrundlagen	SGB V	73a	63 - 65	73b	73c	140a - d	137f - g
Freiwilligkeit des Angebotes		X	X		X	X	X
interdisziplinär fach- übergreifend 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.

Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite

Indikationstiefe Indikationsbreite	Versorgungsbereich bzw. Leistungssektor					
	Prävention	ambulante Behandlung	stationäre Behandlung	Rehabilitation	Pflege	Alle Leistungssektoren
Indikation 1		sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische indikationsbezogene Versorgung I	sektorspezifische, partiell indika- tionsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbe- zogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
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.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (1)

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

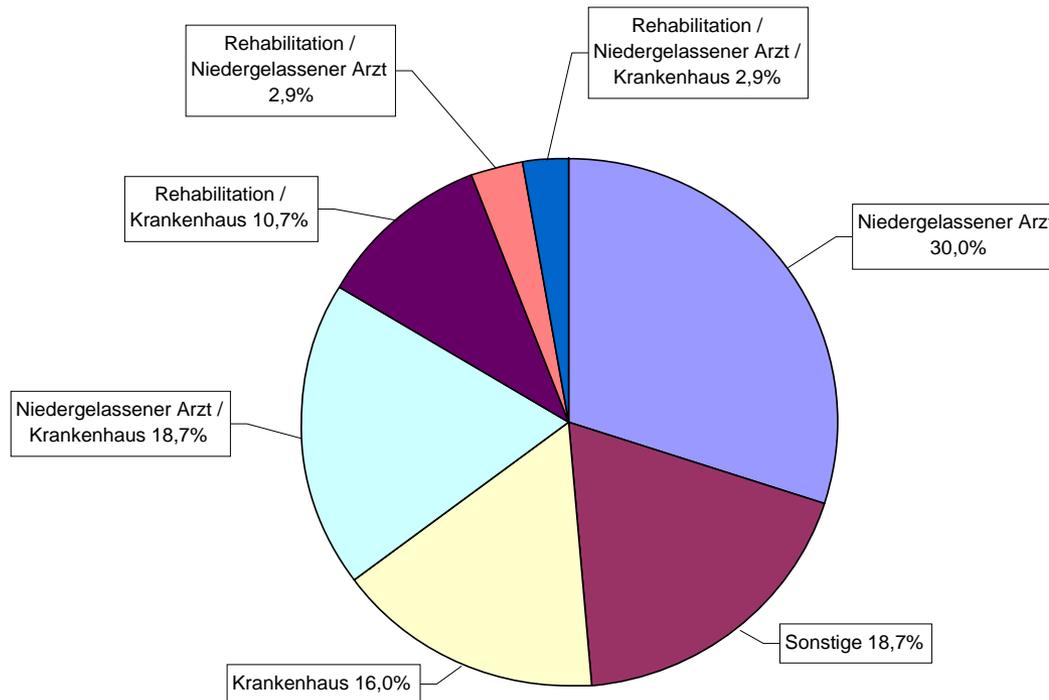
zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (2)

Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

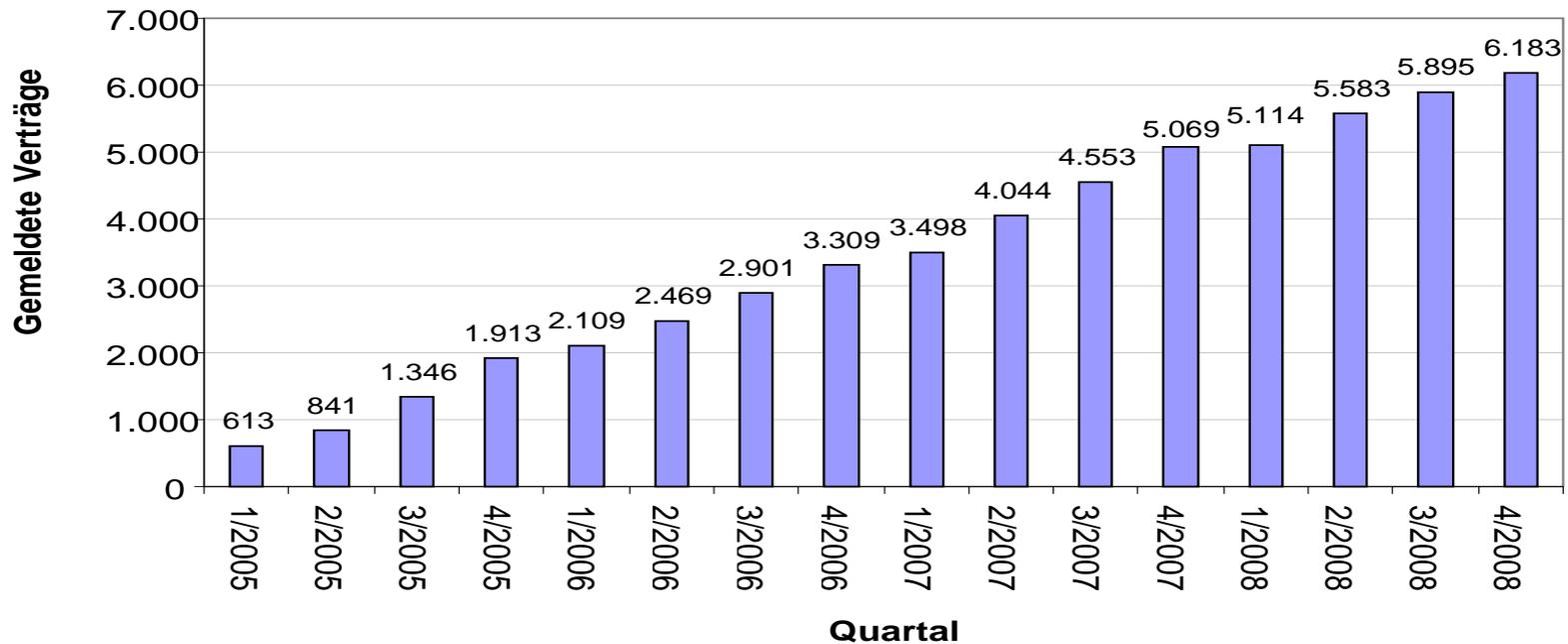
- die Modellvorhaben nach §§ 63-65,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g.

Anteile der Vertragspartnerkombinationen an den gemeldeten Verträgen zu den integrierten Versorgungsformen, Stand: 31.12.2008



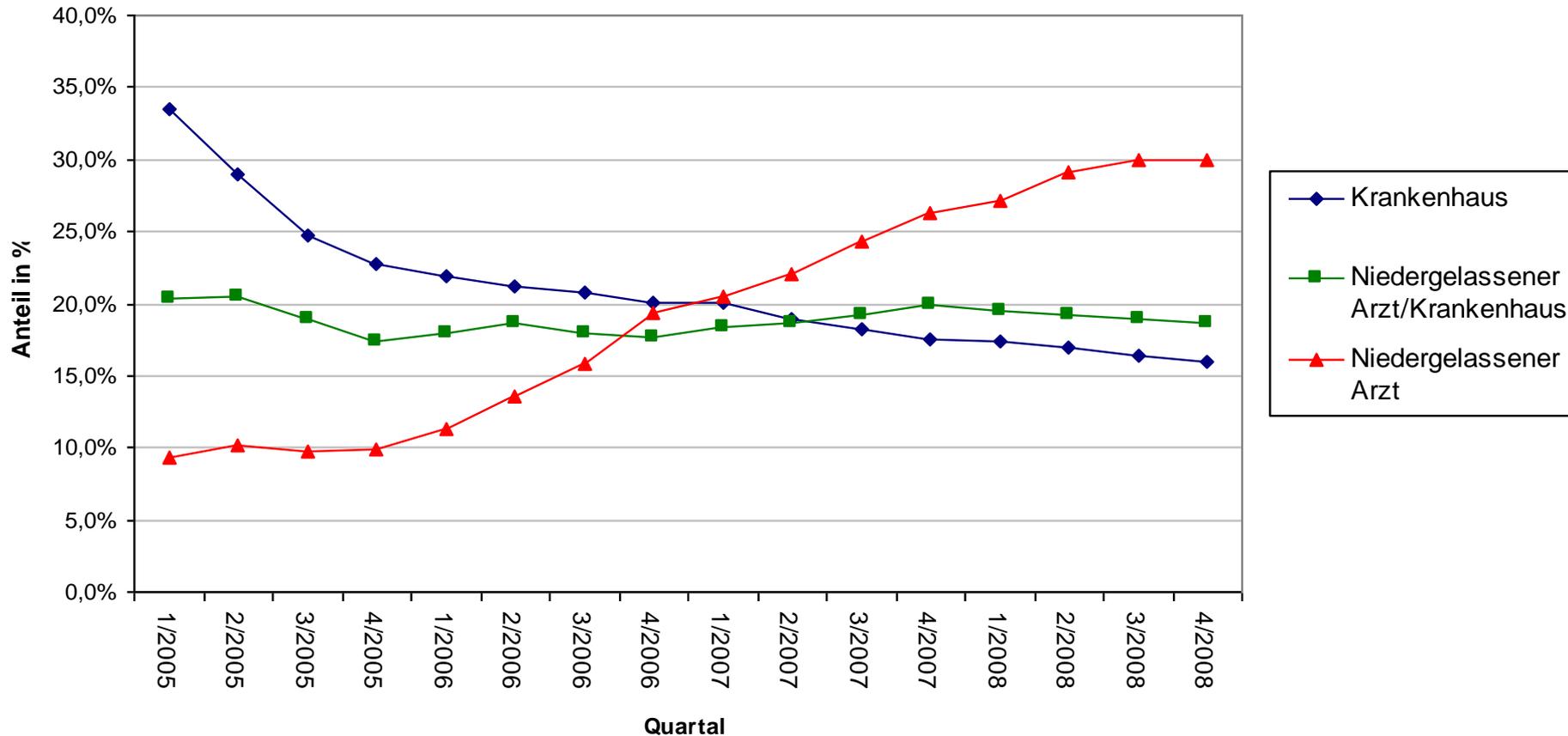
Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2009.

Bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemeldete Verträge zu den integrierten Versorgungsformen



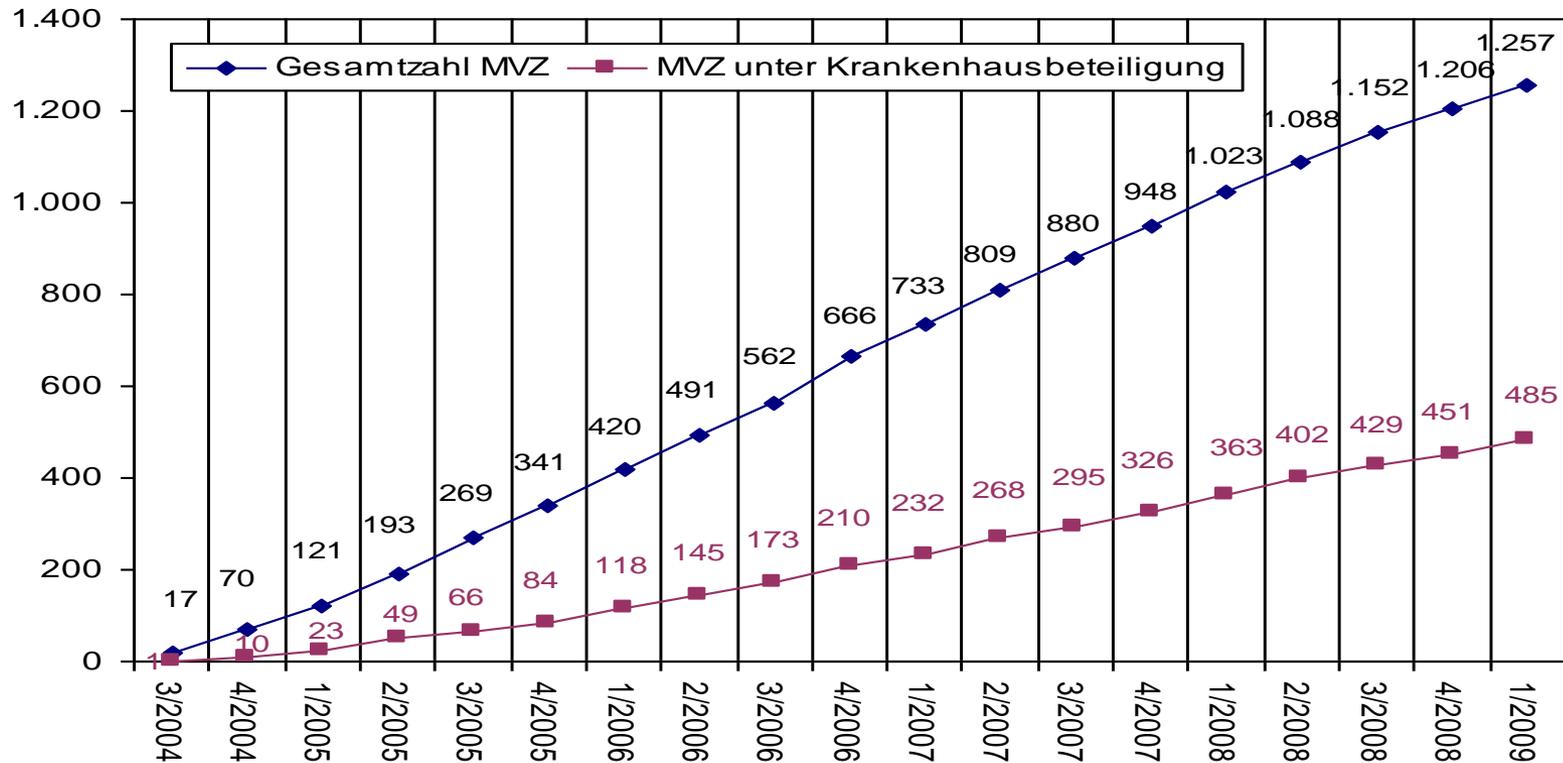
Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2009.

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



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung GmbH, 2009.

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.

Probleme und Grenzen selektiver Verträge im Gesundheitswesen

- 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

Varianten von Capitation nach betroffenem Personenkreis und einbezogenen Leistungen

Personenkreis Leistungen	ein Patient	Gruppe von Patienten mit gleicher Krankheit	Gruppe von Versicherten	alle eingeschrie- benen Versicherten	alle Versicherten der Region
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

Selektive Verträge: Stand und Handlungsbedarf (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 Handlungsbedarf (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: Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb (1)

- 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
- Öffnung der selektiven Verträge für alle Leistungserbringer, auch wenn sie keine Zulassung besitzen, aber die geforderten Kriterien erfüllen

Selektive Verträge: Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb (2)

- 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
- Keine Einschränkung von dezentralen „Cost- und Risk Sharing“-Verträgen durch zentrale Instanzen
- Ordnungspolitische Leitlinie: Verbesserung der Rahmenbedingungen für ergebnisoffene Wettbewerbs- und insbesondere dezentrale Suchprozesse