

„Effizientere und leistungsfähigere Gesundheitsversorgung
als Beitrag für eine tragfähige Finanzpolitik in Deutschland“

Kapitel 4

„Stärkung der Wettbewerbsorientierung
durch Ausweitung der selektivvertraglich
organisierten Gesundheitsversorgung“

Bundesverband Managed Care e.V.

1. Intensivierung des Wettbewerbs und Überwindung der Sektoralisierung als Ansatzpunkt
2. Managed Care-Elemente im deutschen Gesundheitssystem
3. Zu internationalen Erfahrungen mit Managed Care
4. Zum bisherigen Stand von integrierter Versorgung und selektiven Verträgen
5. Hindernisse und Erfolgsbedingungen selektivvertraglicher Organisation
6. Umfassende Gesundheitsversorgung mit regionalem Bezug
7. Varianten von Capitation als prospektive Vergütungsformen

„Mit den Selektivverträgen existiert demnach ein Instrument, mit dem Preiswettbewerb stattfinden kann und mit dem mögliche Effizienzverluste durch undifferenzierte Preise vermieden werden können.

Für die ambulante Versorgung ist es im Unterschied zum Krankenhausbereich nicht zielführend, eine Stärkung des Preiswettbewerbs durch erweiterte Möglichkeiten der Preisdifferenzierung im Rahmen des kollektiven Vergütungssystems zu fordern.“ (S. 121)

Zwischen Kosten- und Qualitätsaspekten besteht aber nicht grundsätzlich ein Zielkonflikt, denn eine qualitativ hochwertige Versorgung kann bei effizienter Leistungserstellung auch - vor allem bei dynamischer Betrachtung – ein beachtliches Kostensenkungspotential beinhalten. (S. 131)

In den vergangenen 30 Jahren folgte die Entwicklung des Verhältnisses zwischen zentralen bzw. korporativen und wettbewerblich dezentralen Steuerungselementen im deutschen Gesundheitswesen bzw. in der GKV keinem erkennbaren Trend. (S. 124)

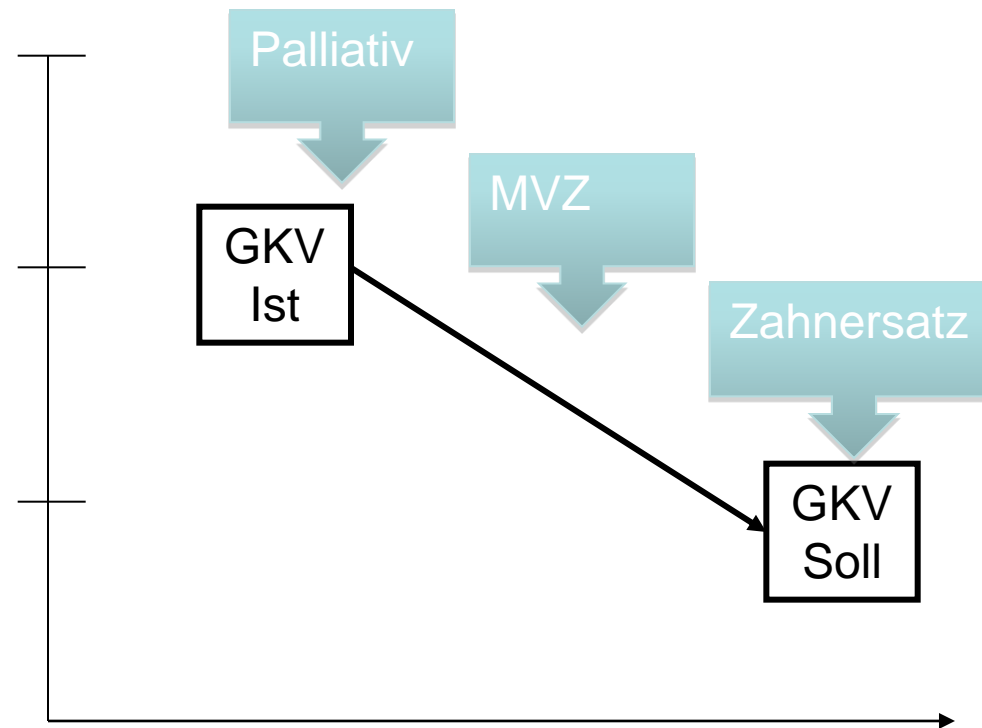
Zur Intensivierung des Wettbewerbs im deutschen Gesundheitswesen

Entscheidungsparameter

Makroebene:
gemeinsames und
einheitliches Handeln

Mesoebene:
korporative Vereinbarungen

Mikroebene:
dezentrale
Vertragsverhandlungen



Wettbewerbsparameter

Anzahl der Instrumentvariablen von Krankenkassen u. Leistungserbringern

(Quelle: Rürup/IGES/DIW/DIWecon/Wille 2009, S. 125)

Managed Care kennzeichnet vielmehr ein Bündel unterschiedlicher Organisationsformen in Verbindung mit einer Vielzahl von Steuerungselementen, die in diversen Kombinationen zum Einsatz kommen können.

Managed Care-Konzepte besitzen idealerweise einen indikations-übergreifenden Populationsbezug (siehe Feld VI in Tabelle 1). (S. 128)

Kosten

niedriger



höher



niedriger

höher

Qualität

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	(X) ³
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.


3) Im Prinzip möglich, aber kaum relevant.

(Quelle: Rürup/IGES/DIW/DIWecon/Wille 2009, S. 132)

Angesichts der Tatsache, dass der Gesetzgeber die integrierten Versorgungsformen nach § 140 d SGB V zwischen 2004 und 2008 über eine Anschubfinanzierung speziell förderte, geht die kritische Feststellung hinsichtlich der fehlenden sektorübergreifenden Orientierung eines beachtlichen Teils dieser Verträge – in Verbindung mit einem äußerst geringen Populationsbezug – über definatorische Petitessen hinaus.
(S. 144)



Es erscheint daher angezeigt, das Anforderungsprofil an die integrierte Versorgung etwas anspruchsvoller auszugestalten und dem auch schon begrifflichen Rechnung zu tragen.



Dies gilt vor allem für den Fall, dass der Gesetzgeber die integrierten Versorgungsformen künftig in irgendeiner Form wieder speziell fördern möchte.

(Quelle: Rürup/IGES/DIW/DIWecon/Wille 2009, S. 145)

1. die vier Hospitationsebenen Intensivmedizin, Intermediate Care, Normalstation und Low Care einschließlich einer teilstationären Versorgung sowie u. U. belegärztlicher Tätigkeit und Teleportal-Klinik,
2. neben einem oder mehreren MVZ auch dezentral niedergelassene Haus- und Fachärzte,
3. Rehabilitations- und Pflegeeinrichtungen,
4. Leistungserbringer im Bereich der Heilmittel und Fachkräfte für präventive Maßnahmen,
5. Kontakte zu Selbsthilfegruppen und Verbindungen zu Institutionen der Sozialarbeit sowie
6. eine Zentralapotheke mit Dependancen, die auf der Basis einer internen Positiv- bzw. Arzneimittelliste mit pharmazeutischen Unternehmen selektiv kontrahiert. (S. 162)

Im Vergleich zu einer ex post orientierten Vergütung von Einzelleistungen oder gar dem Kostenerstattungsprinzip können bei Capitation nicht nur das Morbiditätsrisiko, sondern auch die finanziellen Effekte, die aus einer ineffizienten Produktion, Moral Hazard und der angebotsorientierten Nachfrage resultieren, von den Krankenkassen vollständig auf die Leistungserbringer übergehen. (S. 167)

Vielen Dank!