

Zur notwendigen Weiterentwicklung des Vertragswettbewerbs in der GKV

Referat im Rahmen einer Veranstaltung der
„AOK im Dialog“: „Die Chancen nutzen: Mit selektiven
Verträgen in Qualität und Wirtschaftlichkeit investieren“
am 05.11.2009 in Berlin

Zur notwendigen Weiterentwicklung der Vertragswettbewerbs in der GKV

Referat im Rahmen einer Veranstaltung der „AOK im Dialog“: „Die Chancen nutzen: Mit selektiven Verträgen in Qualität und Wirtschaftlichkeit investieren“ am 05.11.2009 in Berlin

1. Ziele des Vertragswettbewerbs in der GKV
2. Selektives Kontrahieren als Instrument im Rahmen von Managed Care
3. Managed Care-Elemente in der GKV
4. Die Versorgungskonzepte nach Indikationstiefe und Indikationsbreite
5. Die zunehmende Sekundärversorgung als relevantes Wettbewerbsfeld
6. Selektive Verträge: Stand und Handlungsbedarf
7. Empfehlungen für einen funktionsfähigen Wettbewerb der Versorgungskonzepte
8. Drohender Stillstand bei innovativen Versorgungsprojekten?

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.

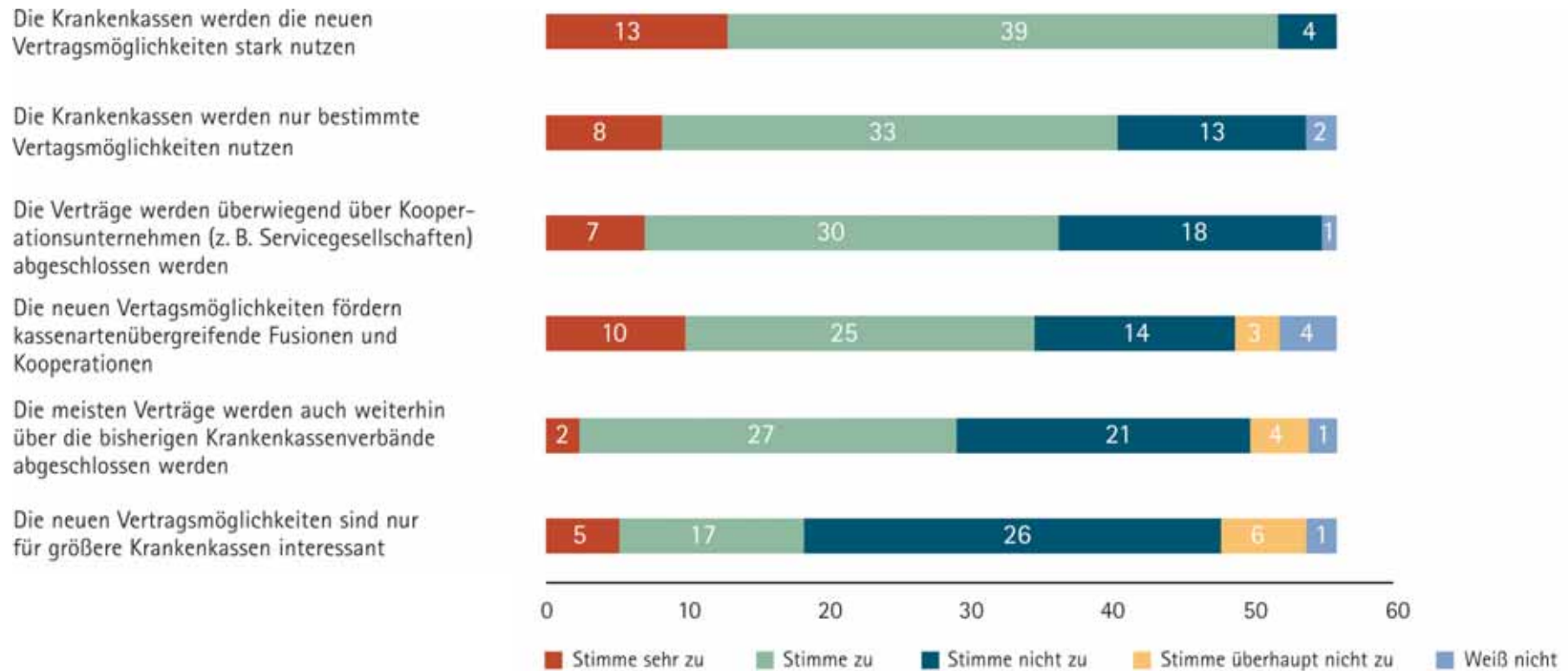
Instrumente, Ziele und Grenzen von Managed Care

- Integration von Versicherungs- und Leistungserbringerfunktion
- Prospektive Finanzierung durch risikojustierte Pauschalen (Capitation) zur (teilweisen) Verlagerung des finanziellen Risikos auf die Leistungserbringer
- Selektives Kontrahieren zwischen Leistungserbringern und Finanzierungsträgern
- Integration von Leistungserbringerfunktion und Sektoren zum Zwecke einer regionalen, outcomeorientierten Gesundheitsversorgung
- Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Versorgung durch Zielgruppenorientierung und Prävention sowie Generationenbezug
- 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

Die Nutzung der selektiven Vertragsmöglichkeiten



Von den Krankenkassen erwartete Effekte der neuen Vertragsmöglichkeiten (Anzahl Nennungen)

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

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 indikationsübergreifende Versorgung II		
Indikation 2		partiell sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung IV				
mehrere Indikationen	vollständig sektorübergreifende indikationsbezogene Versorgung V					
Alle Indikationen		indikationsübergreifende sektorspezifische Versorgung III				sektor- und indikationsübergreifende 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

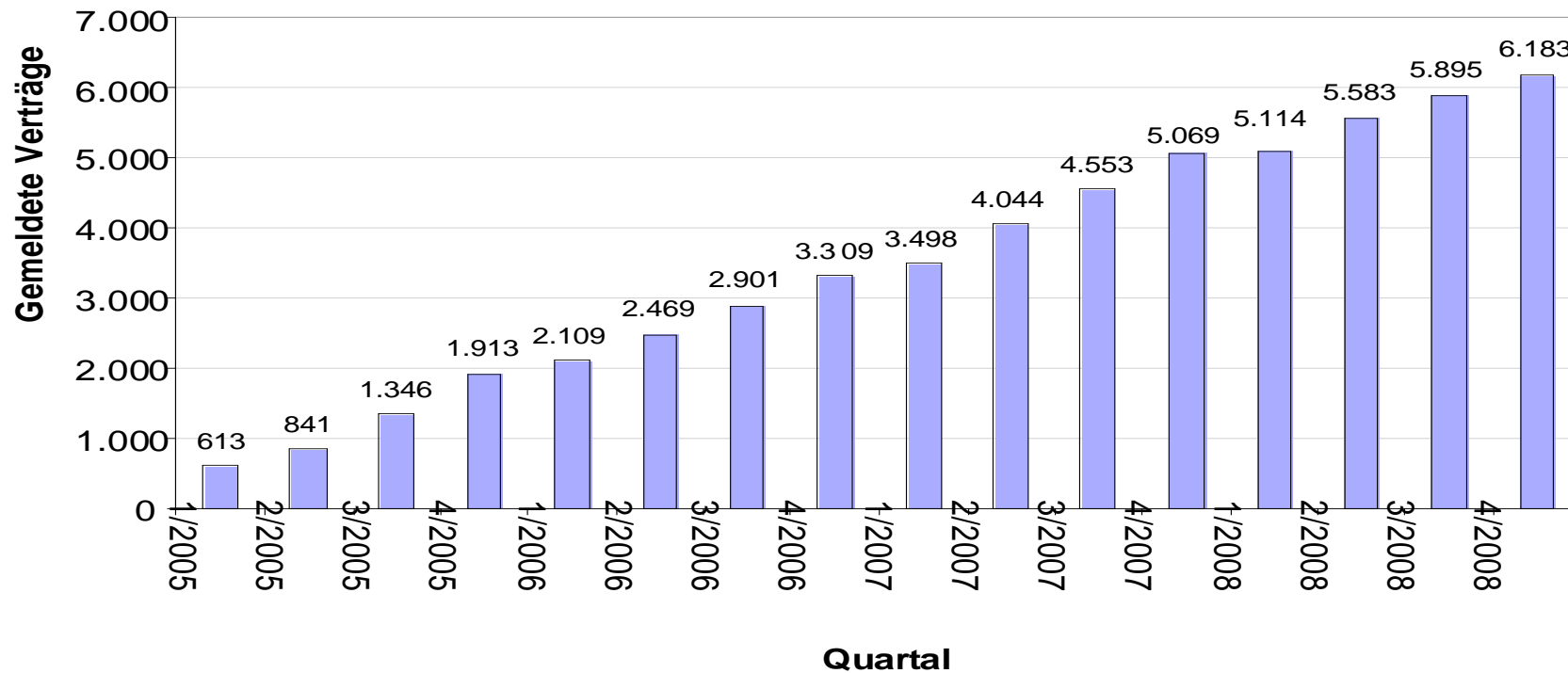
zahlreiche Koordinationsprozesse und auch Kooperationen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern, aber keine sektorübergreifende Koordination.

Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorübergreifenden Behandlung (2)

Eine sektorübergreifende Behandlung ermöglichen vom Ansatz nur:

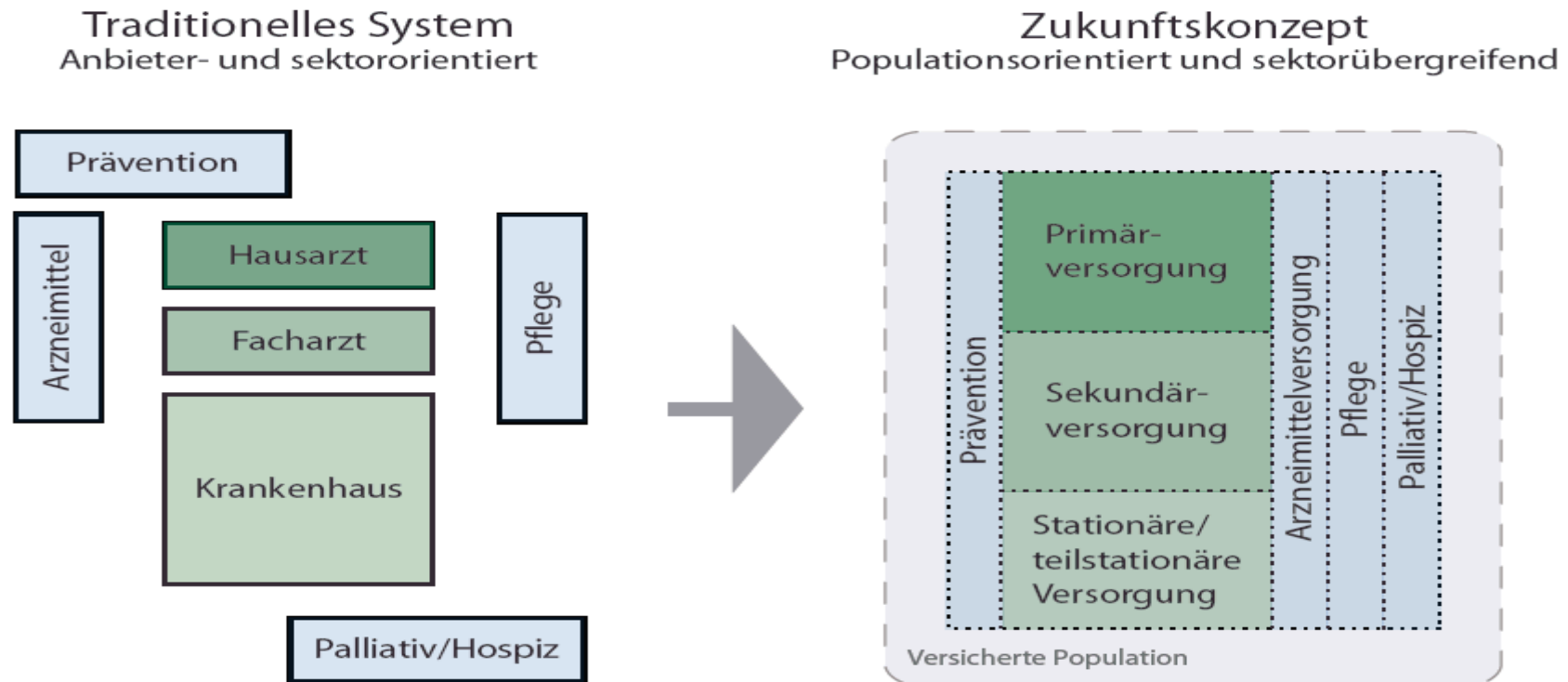
- die Modellvorhaben nach §§ 63-65,
- die integrierten Versorgungsformen nach § 140 a-d sowie
- die strukturierten Behandlungsprogramme nach § 137 f-g.

Bei der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gemeldete Verträge zu den integrierten Versorgungsformen



Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH, 2009.

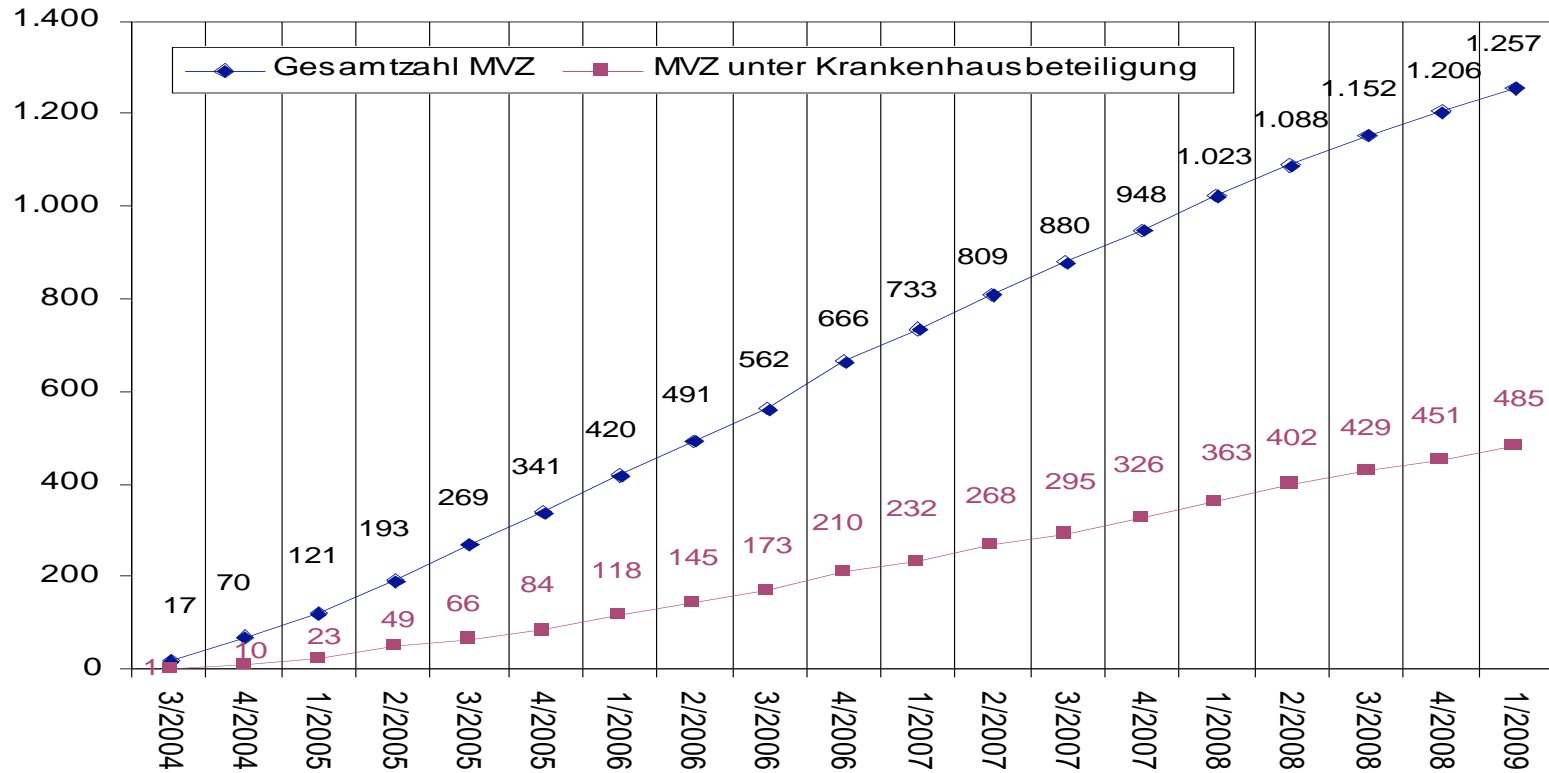
Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



Möglichkeiten einer ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser

- Vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115a)
- Ambulant durchführbare Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe (§ 115b)
- Ambulante Behandlung bei Unterversorgung (§ 116a)
- Verträge über ambulante Behandlung bei Teilnahme des Krankenhauses an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137g (§ 116b, Abs. 1)
- Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen (§ 116b, Abs. 2)
- Hochschul- und Institutsambulanzen (§§ 117ff.)
- Medizinische Versorgungszentren in der Trägerschaft von Krankenhäusern (§ 95, Abs. 1)

Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren

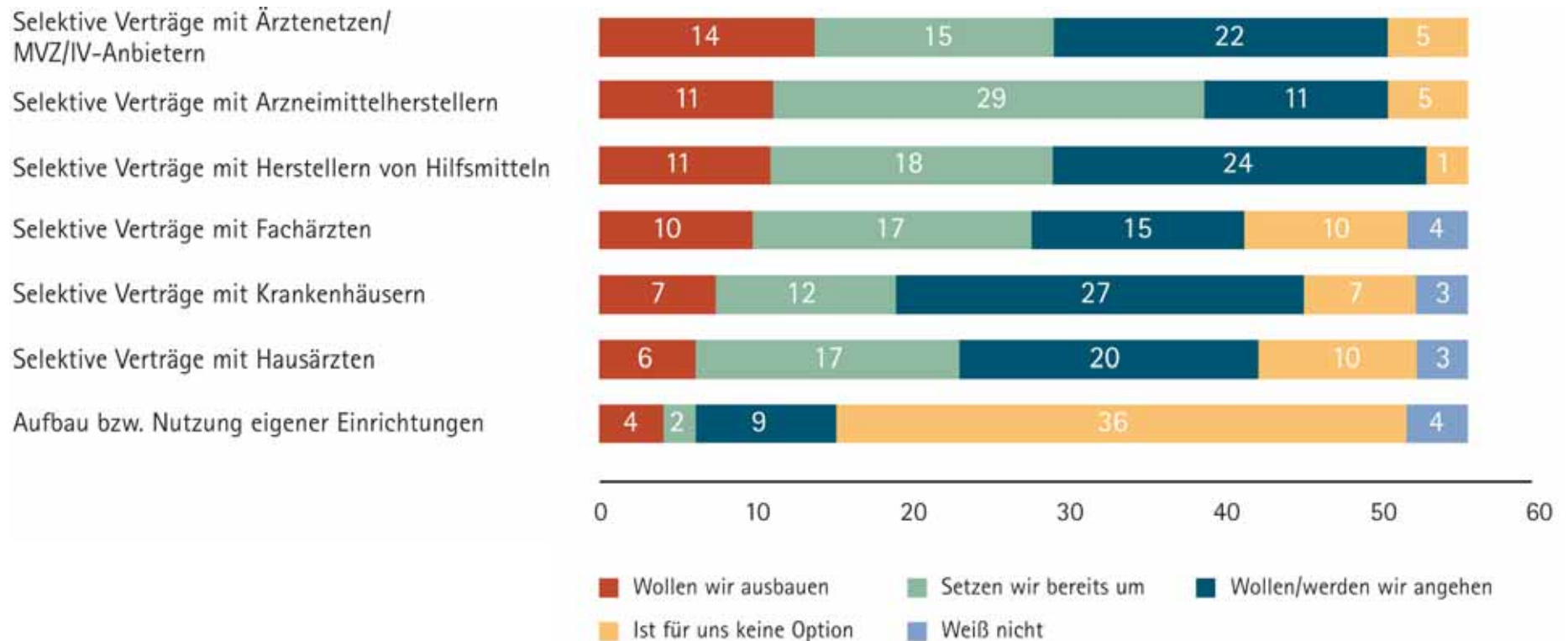


Quelle : Kassenärztliche Bundesvereinigung 2009.

Möglichkeiten niedergelassener Fachärzte zur Positionierung an der Schnittstelle zum stationären Sektor

- Belegärztliche Leistungen (§ 121)
- Dreiseitige Verträge (§ 115)
- Gründung von Dienstleistungsgesellschaften durch Kassenärztliche Vereinigungen (§ 77a)
- Optionen im Rahmen des Vertragsarztrechtes
 - Anstellung von Ärzten ohne zahlenmäßige Begrenzung, auch fachgebietsübergreifend und in Teilzeit, im Rahmen der Bedarfsplanung
 - Tätigkeit in Zweigpraxen, auch im Bezirk anderer Kassenärztlicher Vereinigungen (KVen)
 - Tätigkeit in oder Zusammenarbeit mit einem zugelassenen Krankenhaus oder einer Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtung
 - Gründung von örtlichen und überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaften zwischen allen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringern, auch über die Grenzen von KVen hinweg, zur Erbringung aller oder einzelner Leistungen

Präferierte Leistungserbringer bei selektiven Verträgen



Von den Krankenkassen bei selektiven Verträgen bevorzugte Vertragspartner (Anzahl Nennungen)

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

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