

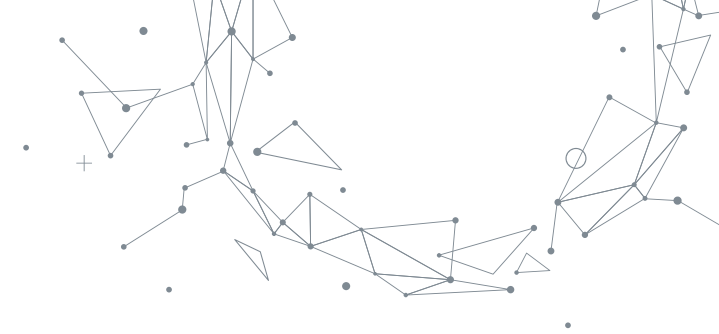
Grenzen überwinden – für eine populationsorientierte, sektorenübergreifende Versorgung

5-Punkte-Sofortprogramm für den Gesetzgeber



1. Zielquoten zur Umsetzung integrierter, populationsorientierter Verträge
2. Regionale Gebietskörperschaften oder Gesundheitskonferenzen dürfen Verträge initiieren – Begründungspflicht für Krankenkassen
3. Proaktiver Prüfauftrag an das Bundesversicherungsamt
4. Outcomes von Krankenkassen veröffentlichen
5. Monitoring von Outcomes bei regionalen Managementgesellschaften

Barrieren abbauen, bessere Gesundheitsergebnisse erzielen, Kosten- und Ergebnistransparenz schaffen



Es gibt entscheidende Qualitätsprobleme im deutschen Gesundheitswesen. Sie sind bekannt und in den Gutachten des Sachverständigenrats vielfach dokumentiert:

- › Unser Gesundheitssystem ist von seinen Vergütungsstrukturen her zu sehr auf Behandlung ausgerichtet und nicht darauf, Gesundheit zu erhalten und zu fördern.
- › Jeder einzelne Behandler in den unterschiedlichen Sektoren hat sein eigenes Geschäftsmodell. Ein verbindendes ökonomisches Interesse, den Gesamtprozess der Entstehung und Behandlung von Erkrankungen zu optimieren, sowie Patienten in ihrer Gesundheitskompetenz und ihrem Selbstmanagement zu fördern, gibt es nicht.
- › Der Patient wird nicht ausreichend als aktiver Partner im Entwicklungsprozess von Gesundheit angesehen und unterstützt, häufig wird er stattdessen sogar unmündig gehalten.

Mit den selektivvertraglichen Lösungen des § 140 a ff SGB V hat der Gesetzgeber schon im Jahre 2000 darauf reagiert und eine Möglichkeit für innovative Lösungen

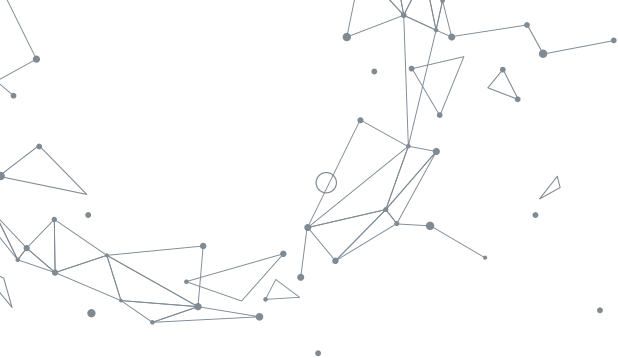
geschaffen, die die Fallstricke des gegenwärtigen Systems umgehen. Innovative Leistungserbringer und Krankenkassen können alternative Lösungen vereinbaren – zur Probe oder auf Dauer. Roland Berger Strategy Consultants hatten im Oktober 2002 in einer Studie prognostiziert, dass im Jahre 2020 rund 35% der Versicherten und ca. 20% des Gesamtvolumens des Gesundheitsmarktes transsektoral integriert versorgt würden¹. Wir wissen heute, dass dies bei weitem nicht so ist.

Die entscheidende Ursache: Initiatoren, die der Aufforderung des Gesetzgebers folgen und mit viel Mühe versuchen, etwas Neues zu entwickeln, erfahren im Dickicht der Regelungen und der festgefahrenen Strukturen des Gesundheitswesens in höchstem Maße Widerstand. Dies gilt vor allem für das Agieren des Bundesversicherungsamts, der Aufsicht über die Krankenkassen. Die vom Gesetzgeber gewollten Freiheitsgrade für Integrationsverträge werden durch sehr restriktiv ausgelegte Interpretationen vom BVA wieder eingeschränkt. So treten in Verbindung mit einem gelegentlich sehr zurückhaltenden Agieren der Krankenkassen dann die oben beschriebenen Fallstricke wieder auf. Für das Investment in neue und damit auch komplexere Lösungen brauchen die Investoren (Leistungserbringer und/oder Krankenkassen) ausrei-

chende Sicherheiten, dass ein solches Investment heute, morgen und übermorgen noch gewünscht ist und sich damit lohnt. Da im Gesundheitswesen oft mehrere Jahre zwischen der Investition, dem nachweisbaren Gesundheitsnutzen und dem daraus folgenden Ertrag liegen, werden klare Zielvorgaben durch den Gesetzgeber benötigt. OptiMedis hat daher ein 5-Punkte-Sofortprogramm zum Barriereabbau zugunsten einer patientenzentrierten integrierten Versorgung entwickelt:



¹„Auswirkungen der transsektoral integrierten Gesundheitsversorgung auf die Medizinprodukte-Industrie“, Gutachten im Auftrag des BVMed, Roland Berger Strategy Consultants, 2002



Zielquoten zur Umsetzung integrierter, populationsorientierter Verträge

Der Gesetzgeber bekennt sich explizit zum Ziel einer integrierten, populationsorientierten Versorgung be- kennen – etwa mit der **Vorgabe, dass bis zum Jahr 2025 10% und bis zum Jahr 2030 25% der deutschen Bevölkerung** von entsprechenden regionalen populations- und outcomeorientierten Verträgen nach § 140 a SGB V² profitieren, bei der Erhaltung ihrer Gesundheit unterstützt und über alle Sektoren hinweg gut versorgt werden. *[In den USA hatte der Gesetzgeber sich zum Ziel gesetzt, bis Ende 2018 50% der staatlichen Gesundheitsausgaben rein über outcomeorientierte und 90% über zumindest zum Teil outcomeorientierte Vergütungsmodelle zu organisieren³. Dies hat u.a. dazu geführt, dass innerhalb von sechs Jahren über 900 intersektorale Accountable Care-Organisationen gegründet wurden⁴.]*

Regionale Gebietskörperschaften oder Gesundheitskonferenzen dürfen Verträge initiieren – Begründungspflicht für Krankenkassen

Neben Leistungserbringern und Verbänden können auch **regionale Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse derselben bzw. „regionale Gesundheitskonferenzen“** bei Krankenkassen **Verträge zur integrierten Versorgung in der jeweiligen Region initiieren**. Dabei ist es wichtig, dass sie **Regionalanalysen vom BVA** abfordern dürfen. Denn nur so lassen sich Bedarfe und Verbesserungschancen im interregionalen Vergleich formulieren. Krankenkassen müssen dann gegenüber der Aufsicht und der Öffentlichkeit begründen, warum sie nicht bereit sind, solche Verträge abzuschließen. *[Ohne regionale Datentransparenz quer über die gesamte GKV bleiben Initiativen zur Verbesserung der regionalen Versorgung immer abhängig von der Bereitschaft einzelner Krankenkassen, ihre Daten zur*

Verfügung zu stellen. Sie können allenfalls allgemeine, durch Einzelerfahrungen bedingte und damit wenig valide Aussagen machen. Die regionalen Gebietskörperschaften oder Zusammenschlüsse derselben bzw. „regionale Gesundheitskonferenzen“ wären geeignete und legitimierte Gremien, um Verbesserungslösungen anzustoßen.]

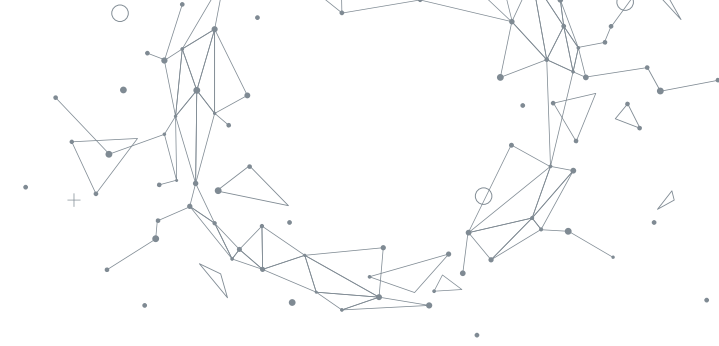
Proaktiver Prüfauftrag an das Bundesversicherungsamt

Der Gesetzgeber verändert die Ausrichtung des **Bundesversicherungsamts (und damit indirekt die Landesaufsichten)** von der aktuell eher restriktiven Aufsicht **hin zu einer proaktiven Aufsicht**. Er könnte den Krankenkassen die oben benannte Quote zur Teilnahme von 10% ihrer Versicherten an integrierten populationsorientierten Verträgen bis 2025 als Zielvorgabe vorgeben und durch das BVA prüfen lassen.

² Regionale populations- und outcomeorientierte Verträge sind Verträge zwischen einer regionalen Gesundheitsorganisation und Kostenträgern über die Gesundheitsversorgung einer Region. Die regionale Gesundheitsorganisation hat üblicherweise regionale Gesundheitsanbieter (z.B. Arztnetze, Krankenhäuser, Kommunen) als Gesellschafter sowie weitere Kompetenzpartner und bei Bedarf Investoren. In der Regel schließt sie Verträge zur regionalen Vollversorgung, d.h. alle Versicherten einer Region sind eingeschlossen und der Vertrag bezieht sich auf alle Gesundheitskosten (keine Beschränkung auf bestimmte Indikationen oder Sektoren). Der Vertrag beinhaltet „Verantwortlichkeit“ der regionalen Gesundheitsorganisation für Population Health, Patientenorientierungs-Outcomes und Kosten (mit Shared-Savings-Elementen – eine Capitation oder Budgetbereinigung ist nicht zwingend). Zur Absicherung der Bereitschaft für Investitionen in die regionale Gesundheitsoptimierung sind die Verträge meist langfristig angelegt und umfassen ein Data-Sharing, d.h. die GKV-Routinedaten werden mit der regionalen Gesundheitsorganisation geteilt, so dass diese datengestützt Interventionen planen, implementieren und evaluieren kann.

³ Burwell, SM (2015). Setting Value-Based Payment Goals — HHS Efforts to Improve U.S. Health Care. New England Journal of Medicine. 372. 897-899. DOI: 10.1056/NEJMp1500445

⁴ “Growth Of ACOs And Alternative Payment Models In 2017”. Health Affairs Blog, June 28, 2017. DOI: 10.1377/hblog20170628.060719. Vgl. auch Schulte, T., Pimperl A., Hildebrandt, H., Bohnet-Joschko, S. (2017). Accountable Care Organizations als neue Form der Kooperation mit Verantwortungsübernahme. In: Brandhorst, A., Hildebrandt, H., Luthe E.W. (Hrsg.): Kooperation und Integration – das unvollendete Projekt des Gesundheitswesens. Wiesbaden. Springer VS. 535-551.



[Das BVA bzw. die Landesaufsichten werden durch die aktuelle Prüfungsform bzgl. Wirtschaftlichkeit und Gesetzeskonformität, verbunden mit einer sehr spezifisch eingegrenzten Interpretation des § 140 a, im Moment von vielen Krankenkassen als Bremser innovativer Lösungen sowohl im Bereich IV/Besondere Versorgung wie auch im Bereich Digital Health gesehen. Eine Reihe von Krankenkassen legt aktuell in der Antizipation befürchteter negativer späterer Auflagen (Vorstandshaftung) alle Verträge vorab dem BVA zur Prüfung vor, obwohl das so nicht vom Gesetzgeber vorgesehen ist. Eine Umkehr der Anforderungen hin zur Erfüllung der vom Gesetzgeber auferlegten Quote würde die Anreize für die Krankenkassen verändern. Dies ließe sich auch für die positiv evaluierten Innovationsfondsprojekte nutzen. Hier müssten Krankenkassen dem BVA/der Landesaufsicht gegenüber argumentieren, weshalb sie positiv evaluierte Verträge nicht mit geeigneten Partnern umgesetzt haben.]

Outcomes von Krankenkassen veröffentlichen

Eine besondere Barriere für die Multiplikation von sektorübergreifenden Versorgungsformen ist der fehlende Anreiz für die Krankenkassen, in derartige Vertragsformen und damit in Ergebnisqualität zu investieren. Ein **Public Reporting bzgl. der Leistungsergebnisse der Krankenkassen** hinsichtlich der positiven Veränderung der Morbidität und den Outcomes ihrer Versicherten würde hier Abhilfe schaffen. Die bereits vorhandene Datenbasis beim BVA könnte für einen Start genutzt werden. So gäbe es für die Versicherten und die Öffentlichkeit einen zusätzlichen Beurteilungsmaßstab, gleichzeitig hätten die Krankenkassen einen **Präventions- und Qualitätsanreiz**. *[Die Krankenkassen bestimmen durch ihr Vertragsverhalten, ihr Einkaufsverhalten (z.B. bei Selektivverträgen), ihre Informationsschriften, ihre Internetangebote und ihr*

Leistungs(verweigerungs)verhalten zu einem maßgeblichen Teil das Gesundheitsergebnis, das letztendlich beim Patienten ankommt. Aktuell kann aber niemand außerhalb der Krankenkassen dieses Ergebnis einsehen. Im Gegenteil besteht durch die Systematik des Morbi-RSA sogar ein Anreiz für Krankenkassen, Versicherte durch die Ärzte kränker codieren zu lassen. Die erfolgreiche Gesundung dagegen würde in der Folge zu geringeren Einnahmen führen. Eine Outcome-Transparenz und ein entsprechendes öffentliches Ranking würden insofern auch hier dazu führen, die Anreize auszubalancieren (vgl. eine Veröffentlichung, in der erste Überlegungen dazu schon beschrieben wurden⁵). Im Rahmen des Deutschen Netzwerks Versorgungsforschung gibt es interessierte Wissenschaftler und Institute, die sich gern an der Entwicklung einer geeigneten Methodologie und Adjustierung beteiligen würden. Wir bewegen uns damit auf einem Diskussionslevel, der auch international interessant ist. So wird in den USA und in UK daran gearbeitet, anhand von Indikatoren-Katalogen die Vergleichbarkeit von ACOs zu ermöglichen – in den USA über die CMS (verschiedenen Kennzahlen zu Patientenzufriedenheit, klinischen Indikatoren, Effizienz). Im Vereinigten Königreich ist OptiMedis selber involviert über die Arbeit mit dem NHS England.]

⁵ Hildebrandt, Helmut. (2015). Aufbruch in eine erweiterte Wettbewerbsordnung: Krankenkassen im Wettbewerb um Gesundheitsergebnisse. Gesundheits- und Sozialpolitik. 69. 40-45. DOI: 10.5771/1611-5821-2015-3-4-40

Monitoring von Outcomes bei regionalen Managementgesellschaften

Ein **Public Reporting der Performance soll auch für die regionalen integrierten Versorgungssysteme** (regionale populations- und outcomeorientierten Verträge) **entwickelt werden**. So können bessere Outcomes und ein höherer Value für die Versicherten in den regionalen integrierten Versorgungssystemen befördert werden. Basis sind die GKV-Routinedaten, die zwischen Krankenkassen und diesen Versorgungssystemen zur Erzielung von Lerneffekten geteilt werden müssen, wobei der Datenschutz für die Versicherten sicherzustellen ist. Der Gesetzgeber sollte hierfür eine spezielle Regelung und ein vergleichendes alters- und morbiditätsadjustiertes Public Reporting nach dem Vorbild des o.a. Reportings für Krankenkassen vorsehen.

Fazit

Der Koalitionsvertrag zwischen CDU/CSU und SPD für die Große Koalition hat sich des Themas der Sektorübergreifenden Versorgung angenommen. Darin ist die Einrichtung einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe beschrieben, die Vorschläge erarbeiten soll. Parallel

hatte der letzte Deutsche Ärztetag in Freiburg bereits unter der Überschrift „Grundlegender Strategiewechsel der Politik nötig – Optimierung der Versorgung statt Dezimierung von Strukturen“ die Entschließung la-03 verabschiedet, die sich mit dem Auftrag der Bund-Länder-Arbeitsgruppe verbindet. Auch der Sachverständigenrat hat in seinen letzten Gutachten dafür Vorschläge formuliert. Und ganz aktuell hat das baden-württembergische Gesundheitsministerium den Abschlussbericht zum Modellprojekt „Sektorenübergreifende Versorgung“ in Südwürttemberg mit vielen Anregungen veröffentlicht.

Das oben vorgeschlagene Sofortprogramm liefert eine Grundlage für einen druckvollen Auftakt der Bund-Länder-Gruppe und ermöglicht es ihr, ohne Zeitverlust dann in Ruhe und im Detail die großen Themengebiete im Bereich der Bedarfs- und Versorgungsplanung, der Überarbeitung der sektorenbezogenen Vergütungssysteme, der Optimierung der Notfallversorgung und der transsektoralen Qualitätssicherung etwa mit den sogenannten „area indicators“ sowie der Einbeziehung der weiteren Gesundheitsberufe und der Patienten auszuarbeiten (vgl. auch die Vorschläge von Gerlach et al. aus dem Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung Baden-Württemberg⁶).

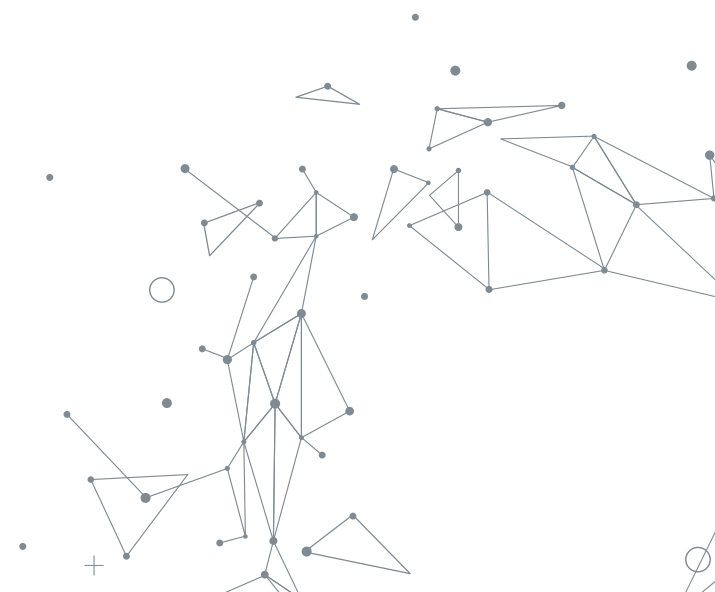
Auszug aus dem Koalitionsvertrag

Sektorübergreifende Versorgung

Die Zusammenarbeit und Vernetzung im Gesundheitswesen müssen ausgebaut und verstärkt werden. Für eine sektorenübergreifende Versorgung wollen wir weitere nachhaltige Schritte einleiten, damit sich die Behandlungsverläufe ausschließlich am medizinisch-pflegerischen Bedarf der Patientinnen und Patienten ausrichten.

Wir werden eine Bund-Länder-Arbeitsgruppe unter Einbeziehung der Regierungsfractionen im Deutschen Bundestag einrichten. Diese Arbeitsgruppe wird Vorschläge für die Weiterentwicklung zu einer sektorenübergreifenden Versorgung des stationären und ambulanten Systems im Hinblick auf Bedarfsplanung, Zulassung, Honorierung, Kodierung, Dokumentation, Kooperation der Gesundheitsberufe und Qualitätssicherung unter Berücksichtigung der telematischen Infrastruktur bis 2020 vorlegen. Dabei sollen Spielräume für regionale Ausgestaltungen ermöglicht werden.

⁶ Modellprojekt Sektorenübergreifende Versorgung in Baden-Württemberg. Projektbericht. Online-Zugriff 20.7.2018: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/fileadmin/redaktion/m-sm/intern/downloads/Downloads_Medizinische_Versorgung/SueV_BW_02_Abschlussbericht_Gesamt.pdf



Kontakt:

Dr. h. c. Helmut Hildebrandt
OptiMedis AG
Burchardstraße 17
20095 Hamburg
Tel: +49 40 22621149-0
E-Mail: h.hildebrandt@optimedis.de
www.optimedis.de



Stand: Juli 2018