Das Hamburger Modell „Integrierte Versorgung“ Voraussetzungen und Strukturen

Dr. Gunda Ohm

Hamburg, 10. Dezember 2012

LVR-Dezernat
Klinikerbund und Verbund
heilpädagogischer Hilfen

Informationsreise des Gesundheitsausschusses

Hamburg und Itzehoe
09. - 11. Dezember 2012

Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser.

Agenda

Integrierte Versorgung – Voraussetzungen und Strukturen

- Gesetzliche Aspekte
- Politische Aspekte
- Anreizsysteme
- Bewertungskriterien

Gesetzliche Aspekte

Kennzeichen der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V

- Sektorenübergreifend oder interdisziplinär-fachübergreifend
- Verpflichtung zur qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung
- Sicherstellung einer am Versorgungsbedarf orientierten Zusammenarbeit einschließlich Koordination und Dokumentation
- Sollen bevölkerungsbezogene Flächendeckung ermöglichen
- Die Teilnahme der Versicherten an der IV ist freiwillig
- Recht des Versicherten, von ihrer KK über IV-Verträge umfassend informiert zu werden

Kennzeichen der Integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V

- Vertragspartner legen die Vergütung fest (sie umfasst sämtliche Leistungen der IV)
- IV Verträge können die Übernahme der Budgetverantwortung oder für definierte Teilbereiche vorsehen
- Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen
- Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden
- Sicherstellungsauftrag der KV nach § 75 Abs. 1 ist eingeschränkt

Vertragspartner der Integrierten Versorgung nach § 140 b SGB V

§ 140b Verträge zu integrierten Versorgungsformen

(1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit

1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
5. Pflegekassen und zugelassenen Pflegeeinrichtungen auf der Grundlage des § 92b des Elften Buches,
6. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften,
7. Praxiskliniken nach § 115 Absatz 2 Satz 1 Nr. 1 abschließen.

Politische Aspekte

Bundesministerium
für Gesundheit

SACHVERSTÄNDIGENRAT
zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen

Grundlage der Integrierten Versorgung:

Schnittstellen der Versorgung verursachen Mehrkosten

Ineffizienz	Ambulanter Sektor	Stationärer Sektor
• Mangelnde Koordination der Leistungserbringer	✓	✓
• Unzureichende "Informationsweitergabe"	✓	✓
• Verzögerung fachkompetenter Entscheidungen	✓	✓
• Stationäre statt ambulante Behandlung	✓	✓
• Doppeluntersuchungen	✓	✓
• Keine Leitliniengerechte Medikation	✓	✓
•		

**Integrierte Versorgung verbessert die Vernetzung der Sektoren
Wettbewerb um Qualität und Wirtschaftlichkeit**

Politische Impulse sind nicht eindeutig ...

Indikationsbezogene Verträge:
 Endoprothetik,
 Onkologie,
 Herzerkrankungen

Populationsbezogene Verträge:
 Gesundes Kinzigtal

Die Anschubfinanzierung im GKV-Modernisierungsgesetz (2004) förderte die Zahl der Vertragsabschlüsse

IV-Projekte in der Psychiatrie

1,2% aller IV Projekte aus der Psychiatrie

Quelle: Prof. Dr. M. Lambert

Fazit und Empfehlungen des Sachverständigenrates 2007:

Bisher Erreichtes ist unter gesundheitlichen und ökonomischen Aspekten noch nicht zufriedenstellend

- Beachtliches, nicht ausgeschöpftes **Rationalisierungspotential** an den **Schnittstellen** der verschiedenen Leistungssektoren
 - Realisierung durch einen **intensiveren Wettbewerb**
 - Immer noch **Defizite bzgl. Transparenz** für Patienten über Versorgungsoptionen und Leistungsqualitäten
 - **Defizit an Outcome- bzw. Zielorientierung** bei den meisten IV-Projekten
- Kosten-Nutzen-Bewertung / Begleitforschung der IV-Modelle
→ **Ausbau der Integrierten Versorgung**

Ende der Anschubfinanzierung und „Fondsstarre“

INTEGRIERTE VERSORGUNG

Was gut ist, setzt sich durch

Im nächsten Jahr endet die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Etliche Verträge werden deshalb gekündigt. Zukunft haben vor allem flächendeckend angelegte Projekte, die sich möglichst selbst tragen.

Aus: Deutsches Ärzteblatt, Nov. 2008

Krankenkassen in „Fondsstarre“

Trotz solcher positiven Beispiele halten sich die Kassen beim Abschluss neuer Integrationsverträge zurück. Mit ein Grund hierfür ist der Start des Gesundheitsfonds sowie die Einführung des Einheitsbeitragssatzes für die Kassen

- **Die Einführung des Gesundheitsfonds verzögerte die Entwicklung der IV**
- **Fokus der KK: Optimierung der Beitragseinnahmen und Kostensenkung**

Koalitionsvertrag

„Deutschland braucht
leistungsfähige Krankenhäuser
für eine hochwertige, innovative,
flächendeckende und wohnortnahe Patientenversorgung.

Dafür wollen wir die Grundlagen sichern und dazu beitragen,
dass die Arbeit im Krankenhaus attraktiv bleibt. Dafür bedarf es effizienter
Strukturen. **Der Prozess einer besseren Verzahnung der Sektoren wird
fortgesetzt.“**

AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes in der gesetzlichen Krankenversicherung)

- Ab dem 1. Januar 2011 können die Krankenkassen zusätzlich mit folgenden Vertragspartnern abschließen:
- in § 140b Absatz 1 wird eingefügt:
 8. pharmazeutischen Unternehmen
 9. Herstellern von Medizinprodukten im Sinne des Gesetzes über Medizinprodukte

Gemeinsames Landesgremium (§ 90a SGB V):

- Die Länder erhalten die Möglichkeit zur Bildung eines gemeinsamen Gremiums auf Landesebene zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen
- Die Entscheidungen der Landesgremien haben lediglich Empfehlungscharakter

Psych-Entgeltgesetz:

- Ermöglicht Modellvorhaben zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Menschen
- Umfasst eine sektorenübergreifende Behandlung und ermöglicht komplexe psych. Behandlung im häuslichen Umfeld
- In jedem Bundesland soll unter besonderer Berücksichtigung der KJP mindestens ein Modellvorhaben durchgeführt werden
- Modellvorhaben sind längstens auf 8 Jahre zu befristen, eine Verlängerung kann beantragt werden
- Wissenschaftliche Begleitung der Modellvorhaben erforderlich
- Datenübermittlung (Art, Anzahl der Patienten, Leistungsinhalte, zugrunde gelegte Kosten, Auswertung) an das DRG-Institut

Fazit

- Die sektorenübergreifende Versorgung hat Zukunft
- Qualitätssicherung und Evaluation sind erforderlich
- Qualitätsorientierte Vergütung gewinnt an Bedeutung
- Richtige Anreize und Mehrwert für alle Beteiligten schaffen

Wettbewerb um neue Versorgungsmodelle in der Psychiatrie

Klinik für Psychiatrie
Centrum für Disease Management

MEDIZINISCHES
ZENTRUM

KLINIKUM
ITZEHOE

Integrierte Versorgung psychischer Erkrankungen am UKE

Vom Fall zum Menschen
Ein Regionalbudget für die Psychiatrie

DAK
Gesundheit

PINEL
Initiative für psychisch Kranke

care4s
Care for Schizophrenia

TK
Techniker
Krankenkasse
Gesund in die Zukunft.

Das NetzWerk psychische Gesundheit (NWpG) -
ein innovatives Versorgungsmodell

Anreizsysteme

Integrierte Versorgung - Nutzen für alle Beteiligten schaffen

- für Patienten
 - die Teilnahme ist freiwillig
- für Leistungserbringer
 - Innovation, finanziell
- für Krankenkassen
 - Wirtschaftlichkeit, Qualität

Neue Versorgungsmodelle - Nutzen für Leistungserbringer

- Bessere Vernetzung der Sektoren
 - Vertragsmöglichkeit zwischen Krankenhäusern, niedergelassenen Ärzten, ambulanten Pflegediensten, Reha-Kliniken, Sozialpsychiatrischen Diensten etc.
- Einbindung von Kooperationspartnern
- Innovationen in der Patientenversorgung
 - Zu-Hause-Behandlung, Telemedizin, etc.
 - Verbesserung der Versorgungsqualität
- Entwicklungsmöglichkeiten für Personal
- Strategische Partnerschaften mit Krankenkassen

Qualitätsorientierte Vergütung gewinnt an Bedeutung

Mehr Qualitätswettbewerb für Ärzte und Kliniken

Projektinformation des AQUA-Instituts

Sektorenübergreifende Qualitätssicherung

Die SQG führt die bisher getrennten Qualitätssicherungen des ambulanten und des stationären Sektors zusammen. Ziel ist es, die Qualitätsanforderungen beider Sektoren künftig sinnvoll aufeinander abzustimmen, um im Interesse von Patienten und Leistungserbringern eine bessere und effizientere Versorgungsqualität zu erreichen. Projektverantwortlich ist das AQUA-Institut, Göttingen.

Exkurs: Erwünschte und unerwünschte Effekte unterschiedlicher Vergütungen

Vergütungsform	Einzelleistungsvergütung	Tagessätze	Fallpauschale	Zeitraumbezogene Pauschale
Erwünschte Effekte	<ul style="list-style-type: none"> Leistungsorientierte Vergütung 		<ul style="list-style-type: none"> Anreiz zur Wirtschaftlichkeit 	<ul style="list-style-type: none"> Anreiz zur Wirtschaftlichkeit Anreiz zur Gesunderhaltung des Patienten
Risiken	<ul style="list-style-type: none"> Leistungsausweitung Bevorzugung von besser vergüteten Leistungen 	<ul style="list-style-type: none"> Länge der Verweildauer 	<ul style="list-style-type: none"> Vorzeitige Entlassung „Fallsplitting“ 	<ul style="list-style-type: none"> Risikoselektion

Qualitätssicherung erforderlich!

Quelle: Amelung; Managed Care, 2007

Anreizsysteme im „Hamburger Modell des UKE für Patienten mit Psychose“

- Einwilligung des Patienten ist Voraussetzung (Patientennutzen)
- Langfristige Betreuung des Patienten über viele Jahre
- Budgetverantwortung und medizinische Verantwortung (sektorenübergreifend) bei der Klinik
 - Frühzeitiges Erkennen und verhindern von Rückfällen und
 - Langfristiges Gesunderhalten des Patienten wird finanziell belohnt
- Akute Erkrankung mit stationärer Behandlungsbedürftigkeit beim Einschluss des Patienten in die IV
- Fokus auf schwer erkrankte Patienten, die hohe Kosten bei den Krankenkassen verursachen

Die Kosten der Schizophrenie

Quelle: Prof. Dr. M. Lambert

Konnopka A, et al. The cost of schizophrenia in Germany: a systematic review of the literature. Psychiatr Prax 2009;36:211-8

© 2011 Schön Klinik

Seite 25

Verteilung der Kosten der Schizophrenie

Steigender Anteil stationärer Behandlung bei zunehmenden Schweregrad bis auf 80-90%

Quelle: Prof. Dr. M. Lambert

Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Grafik von Kilian, Jahrestagung des Dachverbandes Gemeindepsychiatrie, 2007.

Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser.

Die Kosten der Schizophrenie

Quelle: Prof. Dr. M. Lambert

Kissling et al. Fortschr Neurol Psychiat 1999; 67: 29-36.

Schön Klinik. Messbar. Spürbar. Besser.

Bewertung des „Hamburger Modells des UKE für Patienten mit Psychose“

- Die 30-40% schwer erkrankten Patienten verursachen 60-70% der Kosten
- 80-90% dieser Kosten entstehen im voll- und teilstationären Bereich
- Trotz der langfristigen Behandlungsnotwendigkeit werden periodisch hohe Summen für voll- und teilstationäre Behandlung ausgegeben, dafür sehr wenig im ambulanten Bereich
- **Kliniken haben eine Steuerungsmöglichkeit über den Großteil der Kosten und können idealerweise die Gesamtversorgung für die schwererkrankten Patienten übernehmen**

Quelle: Prof. Dr. M. Lambert

Bewertungskriterien

Bewertungskriterien für Versorgungsmodelle I

- Nutzen für alle Beteiligten schaffen
- Versorgung verbessern und Versorgungslücken schließen
- Steuerbarkeit des Behandlungsverlaufes beachten
- Kompetenzen, Behandlungsspektrum und –setting
- Versorgungs- und Finanzierungsmodell
 - Bei Übernahme von Budgetverantwortung: Risikobewertung
 - Vergütungsvolumen
 - Bewertung der „Anreize“

Bewertungskriterien für Versorgungsmodelle II

Umsetzbarkeit

- Komplexität
- Patientenzahlen, Einschlusskriterien
- Management- und Monitoringstrukturen
- Datenschutz, EDV

Verhandlungen erfordern Geduld

*„Ich gehe langsam,
aber ich gehe nicht zurück“*

Abraham Lincoln

DANKE SCHÖN