

# I.V. und ASV als „Brücke“ zwischen ambulatem und stationärem Sektor?

## Wie verändert sich die ambulante ärztliche Versorgung in Deutschland?

Gesellschaft für Sozialen Fortschritt e. V., 29.10.2015

Prof. Dr. med. Stefan G. Spitzer

Facharzt für Innere Medizin / Kardiologie /  
Sportmedizin / Ärztl. Qualitätsmanagement

Vorsitzender des Vorstandes der

Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.

## Effizienz- und Effektivitätsreserven im Gesundheitssystem (I)

*SVR Gesundheit – Sondergutachten 2012, Kurzfassung, Ziff. 6:*

Das deutsche Gesundheitswesen weist unbeschadet seiner vielfältigen Vorzüge, die auch aus internationaler Perspektive hervorstechen, in Form von Über-, Unter- und Fehlversorgung noch ein beachtliches Potenzial zur Erhöhung von Effizienz und Effektivität der Gesundheitsversorgung auf, das es aus normativer Sicht soweit wie möglich auszuschöpfen gilt.

***Dabei bilden die Schnittstellen zwischen den Leistungssektoren und hier vor allem die mangelnde Integration zwischen der ambulanten und der stationären Gesundheitsversorgung eine der zentralen Schwachstellen des deutschen Gesundheitssystems.***

## Effizienz- und Effektivitätsreserven im Gesundheitssystem (II)

*SVR Gesundheit – Sondergutachten 2012, Kurzfassung, Ziff. 141:*

Der Bestimmung funktionsgerechter Wettbewerbsbedingungen an der Schnittstelle ambulant-stationär kommt vor allem durch die gewachsenen Optionen ambulanter Leistungserbringung für Krankenhäuser besondere Bedeutung zu.

Das Zulassen von Konkurrenz unter fairen Wettbewerbsvoraussetzungen zwischen Krankenhäusern und niedergelassenen Fachärzten ist Bedingung für die Hebung von Effizienz- und Effektivitätspotenzialen.

Die sektorenübergreifende Optimierung der Versorgung unter Nutzung der Innovations- und Kreativpotenziale im Sinne eines Wettbewerbs der Ideen erfordert die Vereinheitlichung der Wettbewerbsbedingungen.

## Gestaltung der Schnittstelle zwischen ambulant und stationär in der Integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V (alt)

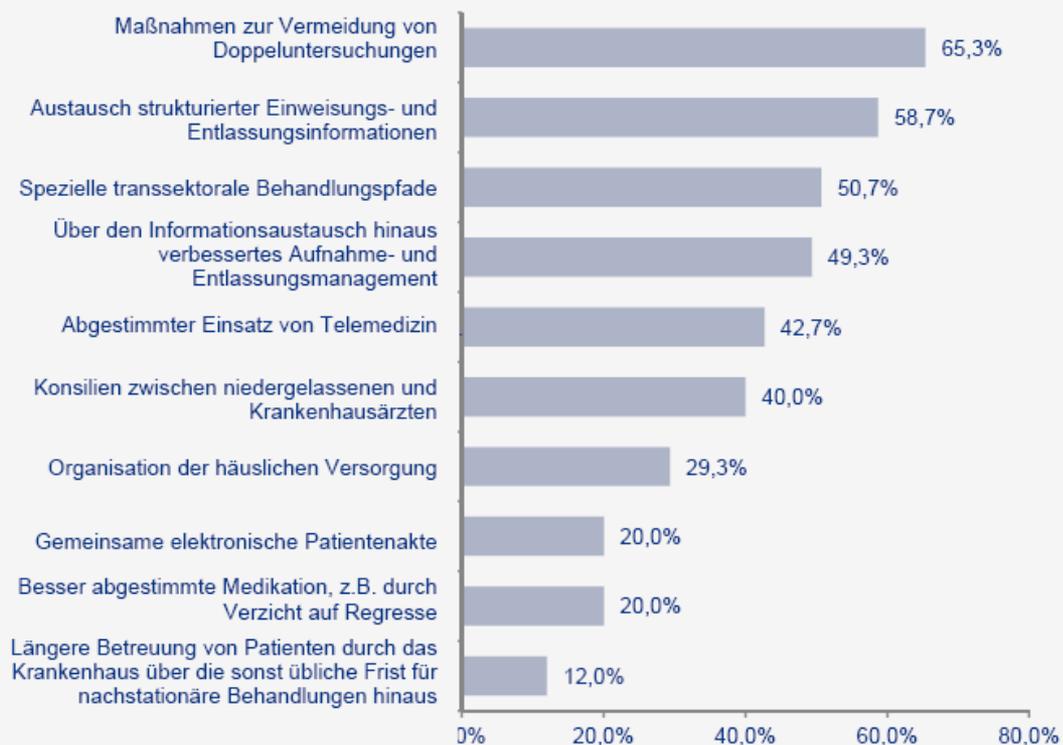


Abbildung 35: Zusätzliche Maßnahmen zur Gestaltung der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor im Rahmen der integrierten Versorgung nach § 140a-d SGB V

n= 75 Krankenkassen

## DGIV-Projekt „Monitoring I.V.“ 2014

### Befragung 2014 durch IGES Institut GmbH

Verständnis damals und heute – von „Revolution“ zu „Evolution“

IV 2004 (Vision)		IV 2014
Großer Anteil an Versorgung	→	Kleiner Anteil an Versorgung
Partieller Ersatz der Regelversorgung	→	Ergänzung zur Regelversorgung
Hohes Potenzial zur Kostensenkung	→	Fokus eher auf Qualitätsverbesserung
IV-Verträge	→	IV informell in der Regelversorgung
Populationsbezug als Fernziel	→	Eher spezifische indikationsbezogene Maßnahmen

## Die Position der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Selektivversorgung

### **„Faire Rahmenbedingungen für Deutschlands Krankenhäuser“ *Positionen der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) für die 18. Legislaturperiode des Deutschen Bundestages vom Juni 2013:***

„Die Krankenhausplanung ist eine staatliche Aufgabe der Daseinsvorsorge. Selektives Kontrahieren einzelner Kassen würde die flächendeckende Versorgung zerstören.“ *(Seite 11)*

#### **„Selektiv- und Rabattverträge nicht zulassen“**

„Die Umsetzung der Forderung von Krankenkassenverbänden, Krankenhausleistungen und deren Vergütung über ein System aus Selektiv- und Rabattverträgen zu steuern, hätte gravierende negative Auswirkungen: Die Qualität der Versorgung und deren flächendeckende Sicherstellung würden gefährdet, die Wahlfreiheit der Patienten massiv eingeschränkt. Das Grundprinzip des Festpreissystems darf daher nicht infrage gestellt werden.“ *(Seite 13)*

## Die besonderen Versorgungsformen im Lichte einer sektorenübergreifenden Behandlung

Eine sektorenübergreifende Behandlung garantieren zwar nicht, aber ermöglichen:

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

Für eine populationsbezogene Versorgung bieten nur die integrierten Versorgungsformen eine notwendige Grundlage.

## Trends bei der Anwendung der I.V. als Versorgungsprinzip der Regelversorgung

- Stärkere fachgleiche, fachübergreifende und interdisziplinäre Vernetzung von Arztpraxen (u.a. Ärztenetze)
- Ambulante und stationäre (Kombi-)Angebote von ursprünglich rein stationären Einrichtungen in Medizin (einschließlich Rehabilitation) und Pflege
- Zunahme der Kooperation von Krankenhäusern mit Fachärzten bei der Erbringung von stationären und ambulanten Krankenhausleistungen
- Starke Bestrebungen zur Bildung regional vernetzter Versorgungsstrukturen mit großen Krankenhäusern im Zentrum (u. a. „Gesundheitsregionen“, „universitätszentrierte Versorgung“)
- Schaffung von regionalen Plattformen/Organisationformen zur telemedizinischen Zusammenarbeit bei bestimmten Indikationen

## Zugang der Vertragsärzte zum stationären Bereich unbefriedigend

- Belegärztliche Versorgung in der Krise
- § 122 SGB V offensichtlich verfehlt, da mangels jeglicher Rahmenvereinbarung ohne jede Versorgungsrelevanz
- Keine dahingehende Unterstützung und Förderung für Facharztzentren/Praxiskliniken/MVZ
- Verbände erreichen wenig Wirkung; KBV vorrangig auf EBM-Leistungen orientiert
- DKG und Krankenhäuser aus Wettbewerbsgründen nachvollziehbar uninteressiert
- Kassen z.T. wenig Interesse an weitergehender Versorgungsverantwortung oder gar Abweichung vom 3. und/oder 4. Kapitel des SGB V
- Bundesregierung auf Selbstverwaltung angewiesen
  - **Insgesamt (zu) wenig Bereitschaft zu stationären Versorgungsaufträgen für vertragsärztliche Leistungserbringer**
  - **SVR Sondergutachten 2012 schlägt u. a. die stärkere Einbeziehung der stationären Behandlung bei der Erweiterung selektiver Vertragsoptionen vor (Kurzfassung S. 318)**

## Das Versorgungsprinzip „ambulant vor stationär“

- Ergibt sich aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 Abs. 1 SGB V; ist die Notwendigkeit einer Behandlung gegeben, gilt in der Regel im Verhältnis der beiden Versorgungsformen zueinander: **„so viel stationär wie nötig, so viel ambulant wie möglich“**. Grundsatz ist im Gesetz fixiert, u. a. in §§ 39 Abs. 1, 40 Abs. 1 und 2, 73 Abs. 4 SGB V.
- Unter diesem Prinzip ist nicht zu verstehen: „so viel Krankenhaus oder stationäre Reha-, Vorsorge- oder Pflegeeinrichtung wie nötig, so viel vertragsärztlicher Leistungserbringer oder ambulante Reha-, Vorsorge- oder Pflegeeinrichtung wie möglich“; Prinzip beschreibt den Vorrang der wirtschaftlicheren Versorgungsform, nicht eine Rangfolge unter Leistungserbringern.
- Zur Umsetzung des Prinzips sind konsequentere wissenschaftliche Auseinandersetzung mit den Fragen
  1. Welche Leistungen können qualitätsgesichert ambulant erbracht werden?
  2. Wann müssen sie als stationärer Maßnahmen ambulant erbracht werden?
 und deren Umsetzung in der Versorgungswirklichkeit erforderlich.

## Ambulante spezialfachärztliche Versorgung gem. § 116b SGB V

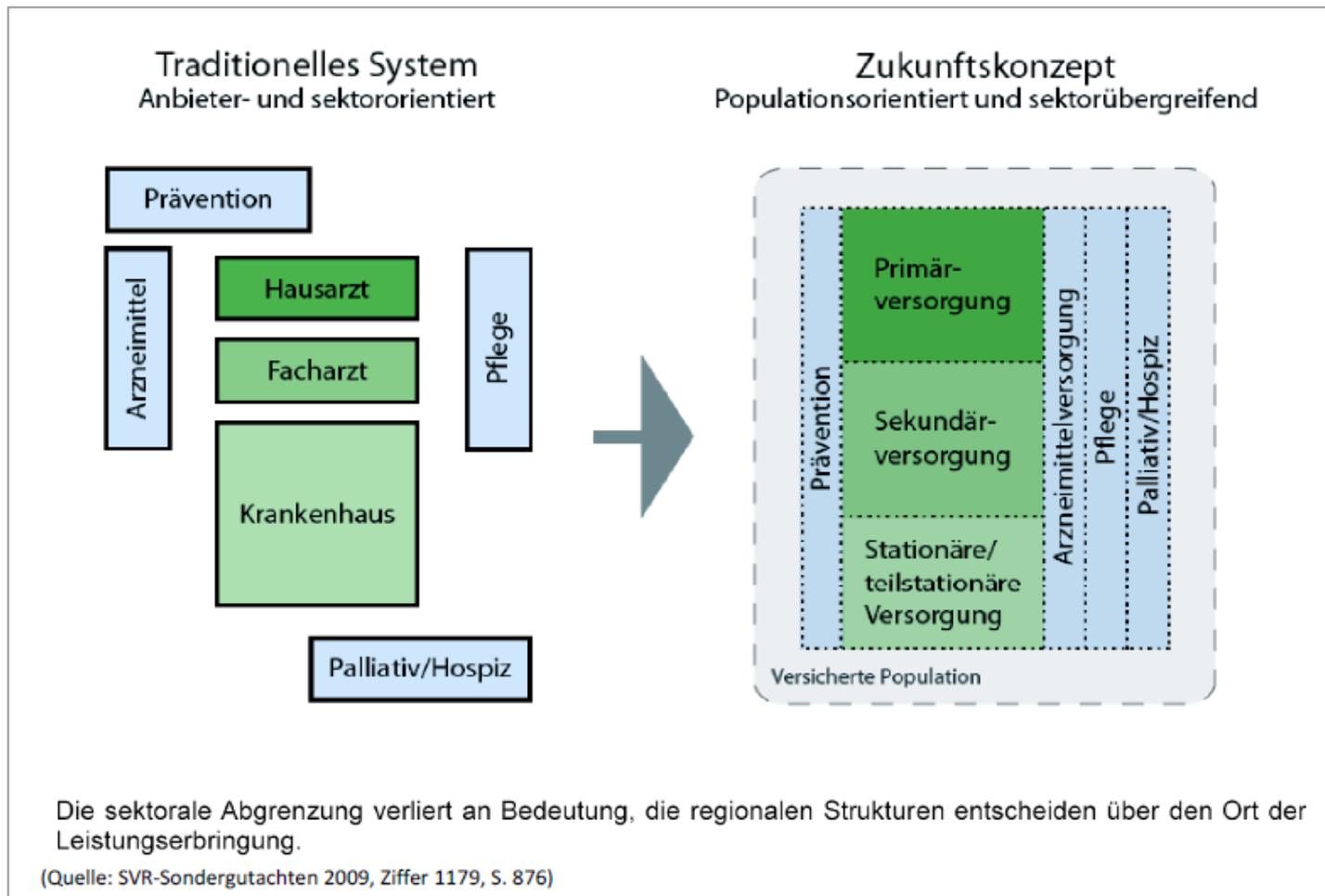
### Begründung GKV-VStG:

- **strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung wird Entwicklung nicht mehr hinreichend gerecht und soll durch die Einführung eines „sektorenverbindenden“ Versorgungsbereiches überwunden werden**
- soll Diagnostik und Therapie komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten umfassen, die besondere medizinische Kenntnisse und Erfahrungen, ein interdisziplinäres Team und besonders hohe Anforderungen an die Strukturqualität erforderlich machen
- G-BA bestimmt Leistungskatalog, insbesondere Einbeziehung ambulant durchführbarer Operationen und sonstige stationsersetzende Eingriffe
- **stationsersetzender Charakter derzeit nicht gewährleistet**
- **zu wenige Indikationen im Katalog; zu geringe Versorgungsrelevanz**
- **Unterstellung unter selektiven Vertragswettbewerb in einer u.a. um ambulante Operationen erweiterte Form ist sinnvoll, wenn auch hier das Problem der Budgetbereinigung gelöst wird und zwar sowohl bezüglich der Gesamtvergütung der Niedergelassenen als auch der „substituierten stationären Leistungen im DRG-Krankenhauserlösbudget“ (SVR-Gutachten 2012, Langfassung S. 275).**

## Fragen zur Perspektive der sektoralen Versorgung?

- Ist die Versorgung in sektoraler Trennung noch zeitgemäß?
- Ist die derzeitige sektorale Versorgung für die Effizienz und Effektivität der Versorgung eher von Vorteil als von Nachteil?
- Von der „sektoralen Versorgung“ über die „bessere Verzahnung der Sektoren“ zur „Überwindung der sektoralen Trennung“?
- Wer will heute die sektorale Versorgung überwinden?
- Wann und wie sollen die sektoralen Grenzen fallen?

## Idealtypisches Modell: Von der sektoralen zur populationsorientierten Versorgung



## Integrierte Versorgung durch innovative Rahmenbedingungen stärken

- **Integrierte Versorgung gemäß § 140a SGB V (I.V.)** ist die am weitesten entwickelte Selektivversorgungsform im deutschen Gesundheitswesen
- **I.V. als Hoffnungsträger nach Inkrafttreten des GKV-Modernisierungsgesetzes 2004:** sollte als bessere Alternative zu überholten Strukturen der Regelversorgung „durchstarten“ und mit sowohl indikations- als auch populationsbezogenen Projekten in einem relevanten Umfang für Ablösungen der Regelversorgung auf der Grundlage frei kontrahierter Verträge sorgen
- **Zeit der sog. „Anschubfinanzierung“ (2004 bis 2008):** I.V. konnte sich mit einer beachtlichen Zahl von vielfältigen Projekten rasch in der deutschen Versorgungslandschaft etablieren.
- **I.V. hat sich als Selektivversorgungsform behaupten können , aber dennoch bisher nicht die ursprünglich erwartete Entwicklung und Verbreitung genommen,** Gründe dafür lagen vornehmlich in den zu sehr beschränkenden Rahmenbedingungen und fehlender Förderung nach Beendigung der Anschubfinanzierung

## Prinzip der Integrierten Versorgung in der Regelversorgung (I)

- **Ambulantes Operieren:** sowohl im Krankenhaus (auch auf Grundlage von Vereinbarung mit Kooperationsärzten) als auch im vertragsärztlichen Bereich (oftmals spezialisierte Gemeinschaftspraxen und MVZ als Praxiskliniken)
- **Belegärztliche Versorgung:** derzeit durch unattraktive Vergütungsbestimmungen gekennzeichnet; „aufgrund ungünstiger Vergütungsanreize seit Jahren rückläufig“ (SVR-Gesundheit, Gutachten 2014)
- **Zusammenarbeit Krankenhaus mit Honorar-/Kooperationsärzten:** „weiterhin relevanter Anteil an honorarärztlicher Tätigkeit in deutschen Krankenhäusern, wobei dessen Bedeutung für die stationäre ärztliche Personalbedarfsdeckung auch nicht überschätzt werden sollte, zumal es sich zurzeit nicht um ein sich ausweitendes Phänomen handelt“ (SVR, 2014)

## Prinzip der Integrierten Versorgung in der Regelversorgung (II)

- **Entlassmanagement** (i.d.F.d. GKV-VSG): Teil der Krankenhausbehandlung; der Anspruch des Versicherten richtet sich weiter gegen das Krankenhaus, das insbesondere in einem Entlassplan die medizinisch unmittelbar erforderlichen Anschlussleistungen festzulegen hat. Krankenhäuser erhalten für die maßgeblichen Leistungsbereiche ein auf die Erfordernisse des Entlassmanagements eingeschränktes Ordnungsrecht. Für eine lückenlose Anschlussbehandlung kann das Krankenhaus Aufgaben des Entlassmanagements auch auf einen weiterbehandelnden Vertragsarzt übertragen.
- **Praxisverbände (Ärztennetze als Organisationsgemeinschaften, ggf. unter Einschluss von Leistungserbringern aus anderen Sektoren)**: ggf. Förderung durch gesonderte Berücksichtigung im Rahmen der Honorarverteilung; Möglichkeit zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Leistungserbringung durch Zusammenschluss ohne Kassenbeteiligung; Gemeinschaft kann auch als Vertragspartner in der Selektivversorgung auftreten.

## „Besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V i. d. F. d. GKV-VSG

„Die Krankenkassen können Verträge mit den in Absatz 3 genannten Leistungserbringern über eine besondere Versorgung der Versicherten abschließen.

Sie *ermöglicht* eine verschiedene leistungssektorenübergreifende Versorgung (integrierte Versorgung) sowie unter Beteiligung zugelassener vertragsärztlicher Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge.“

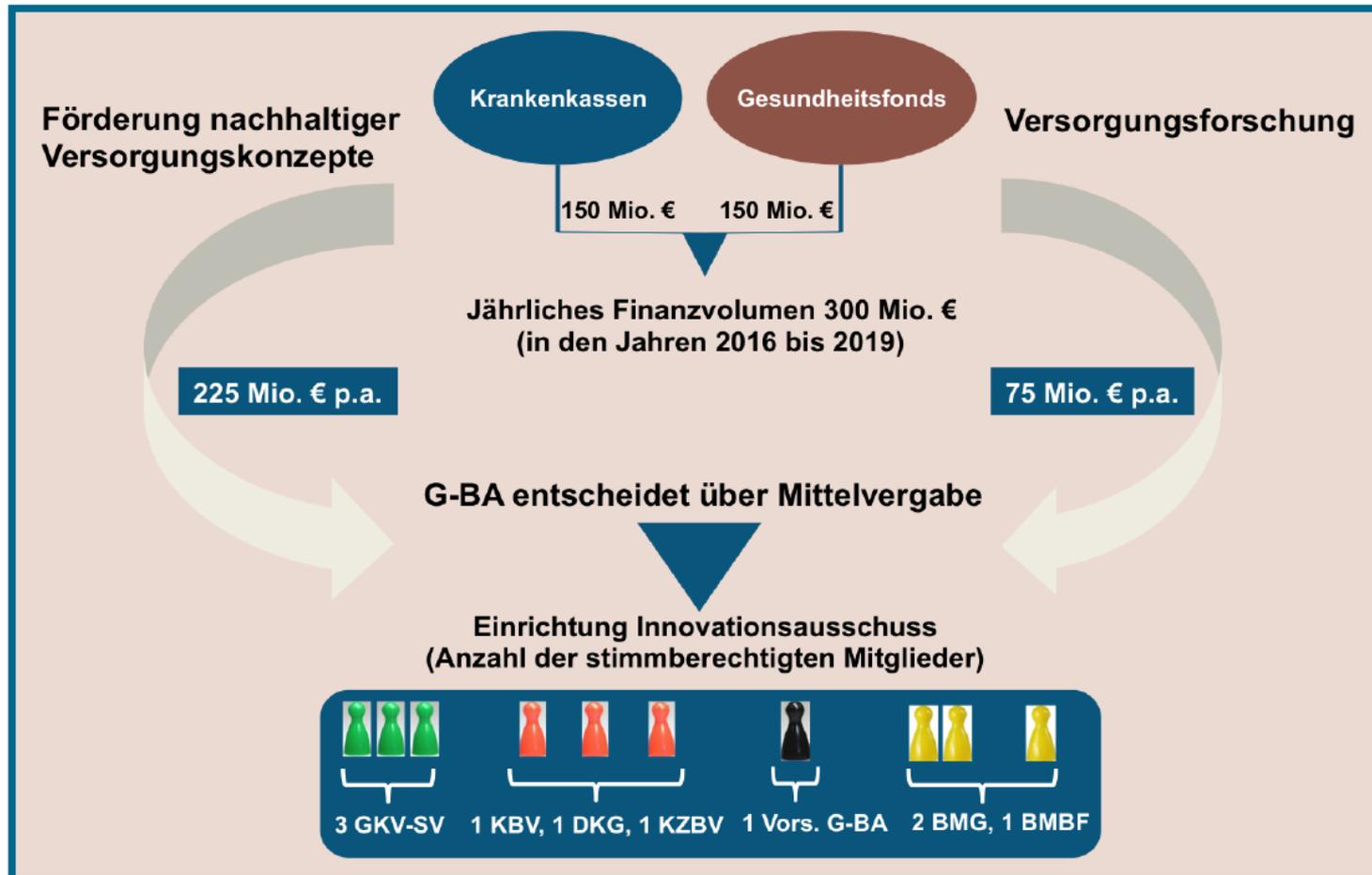
- GKV-VSG hebt §§ 73a, 73c, 140b, 140c, 140d SGB V auf und übernimmt ausgewählte Inhalte der Bestimmungen der §§ 140a bis 140d. Das Gesetz definiert „besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge“ nicht.
  - *Kann deshalb unter diesem Begriff sehr viel mehr vereinbart werden, als Gegenstand der Verträge gemäß §§ 73a und 73c war?*
  - *Bleibt es bei der Ausschreibungspflicht für besondere ambulante ärztliche Versorgungsaufträge oder schafft die Vergaberechtsreform hier mehr Freiräume?*

## Zukünftig auch noch Substitution der Regelversorgung oder alles nur Add-on in der I.V. ?

§ 140a Abs. 2 letzter Satz SGB V i.d.F.d. GKV-VSG: „**Gegenstand der Verträge dürfen auch Vereinbarungen sein, die allein die Organisation der Versorgung betreffen.**“

- Entwurf hebt die Pflicht zur Substitution der Regelversorgung für Verträge gemäß § 140a (neu) auf und lässt Add-on-Leistungen nunmehr auch ohne Regelversorgungsleistungen zu.
- Substitution der Regelversorgung muss zur Bereinigung der Regelversorgungsvergütung führen.
  - *Wird die I.V. zur „besonderen Add-on-Versorgung“, um misslichen Honorar-Bereinigungskonsequenzen aus dem Wege zu gehen?*

# Finanzierungsausstattung und Entscheidungsstrukturen des Innovationsfonds



## **Grundlagen der Förderung neuer Versorgungsformen zur Weiterentwicklung der Versorgung durch den Innovationsfonds gem. § 92a SGB V i. d. F. d. GKV-VSG**

- G-BA fördert neue Versorgungsformen, die über die bisherige Regelversorgung hinausgehen.
- Gefördert werden insbesondere Vorhaben, die eine Verbesserung der sektorenübergreifenden Versorgung zum Ziel haben und hinreichendes Potenzial aufweisen, dauerhaft in die Versorgung aufgenommen zu werden.
- Voraussetzung ist, dass eine wissenschaftliche Begleitung und Auswertung der Vorhaben erfolgt.
- Förderungsfähig sind nur diejenigen Kosten, die dem Grunde nach nicht von den Vergütungssystemen der Regelversorgung umfasst sind.

# Förderkriterien des Innovationsfonds

## gemäß § 92 Abs. 1 SGB V insbesondere

1. Verbesserung der Versorgungsqualität und –effizienz,
2. Behebung von Versorgungsdefiziten,
3. Optimierung der Zusammenarbeit innerhalb und zwischen verschiedenen Versorgungsbereichen, Versorgungseinrichtungen und Berufsgruppen,
4. Interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungsmodelle,
5. Übertragbarkeit der Erkenntnisse, insbesondere auf andere Regionen oder Indikationen,
6. Verhältnismäßigkeit von Implementierungskosten und Nutzen,
7. Evaluierbarkeit.

## Der Innovationsfonds – Segen oder Fluch der Integrierten Versorgung?

- Der Innovationsfonds ist mit Anschubfinanzierung 2004 bis 2008 weder inhaltlich noch der Höhe nach vergleichbar.
- Die finanzielle Förderung ist nach wie vor eine wichtige Prämisse bei der Kassenentscheidung über selektivvertragliches Engagement.
- Es könnte sich bei Krankenkassen der Trend herausbilden, sich auf die Selektivvertragsprojekte zu konzentrieren, die auch durch den Innovationsfonds gefördert werden.
- Dieser Trend würde sich negativ auf Entwicklung und Verbreitung der I. V. auswirken.
- Der Innovationsfonds wird helfen, darf aber nicht einziges Instrument zur Förderung innovativer selektivvertraglicher Versorgungsformen sein.

## Fazit I

- Die Selektivversorgung bleibt ein Instrument des Wettbewerbes. Ob sich die wettbewerbliche Ausrichtung des Gesundheitswesens als Mittel zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Versorgung bewährt, ist noch nicht entschieden.
- Es ist bereits jetzt absehbar, dass die Reformierung der Rahmenbedingungen der Integrierten Versorgung mit dem GKV-VSG nicht abgeschlossen ist. Das Gesetz konnte zwar neue Impulse setzen, aber nicht den gesamten bestehenden Reformbedarf umsetzen.
- Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung hat derzeit noch zu wenig innovatives Potenzial und Versorgungsrelevanz, um sich als „sektorenverbindender Versorgungsbereich“ (auch im Vergleich zu anderen sektorenübergreifenden Versorgungsformen) überzeugend durchsetzen zu können. Die Versorgungsform sollte zielgerichteter mit stationersetzenden ambulanten Leistungen erweitert werden.

## Fazit II

- Die Integrierte Versorgung kann nur dann die ihr ursprünglich vorgegebene Rolle, populationsbezogene Versorgungsalternativen zur Regelversorgung herauszubilden, verwirklichen, wenn es gelingt, ausreichend freie Rahmenbedingungen zu schaffen **und** die Mitglieder der Selbstverwaltungspartner zu veranlassen, freiwillig an Projekten zur Verbesserung der Effizienz und Effektivität der Versorgung in relevanter Zahl teilzunehmen.
- Der Innovationsausschuss für den Innovationsfonds nach GKV-VSG ist organisatorisch ein Unterausschuss des G-BA. Ob Zusammensetzung und Verfahrensordnung des Ausschusses die zweckbestimmte Mittelvergabe zur Förderung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsformen gewährleisten können, wird sich zeigen.
- Die Rahmenbedingungen für den Innovationsfonds schaffen kein neues Leistungserbringungsrecht. Die Antragsteller sind gehalten, die bestehenden Möglichkeiten zur Gestaltung innovativer sektorenübergreifender Versorgungsprojekte besser auszuschöpfen als bisher. Das erfordert vielerorts auch mehr Kompetenz und Kreativität bei der Nutzung der rechtlichen und regionalen Gegebenheiten.

## Fazit III

- Der Prozess der Verlagerung der Schnittstelle zwischen Krankenhaus- und vertragsärztlicher Versorgung im ambulanten Sektor muss stärker dem Prinzip „ambulant vor stationär“ gerecht werden.
- Die bessere Nutzung des ambulanten Potenzials der gesundheitlichen Versorgung sollte auch mit einer stärkeren Nutzung der praxisklinischen vertragsärztlichen Ressourcen (Facharztzentren, MVZ) mit dem Ziel der Erbringung stationärsersetzender Maßnahmen einhergehen.
- Insbesondere dort, wo Leistungserbringer aus beiden Sektoren im gleichen Bereich zur Leistungserbringung zugelassen sind, sind auch gleiche Wettbewerbschancen zu gewährleisten. Das betrifft nicht nur die Leistungsvergütung, sondern auch die Existenzbedingungen der Leistungserbringung, insbesondere Fragen der Investitionsförderung, der Qualitäts- und Qualifizierungsanforderungen, des Leistungserbringerrechts u.a..

WENN DIE GRÄBEN BESEITIGT WERDEN ....



...WERDEN KEINE BRÜCKEN MEHR GEBRAUCHT.

# Fragen?

