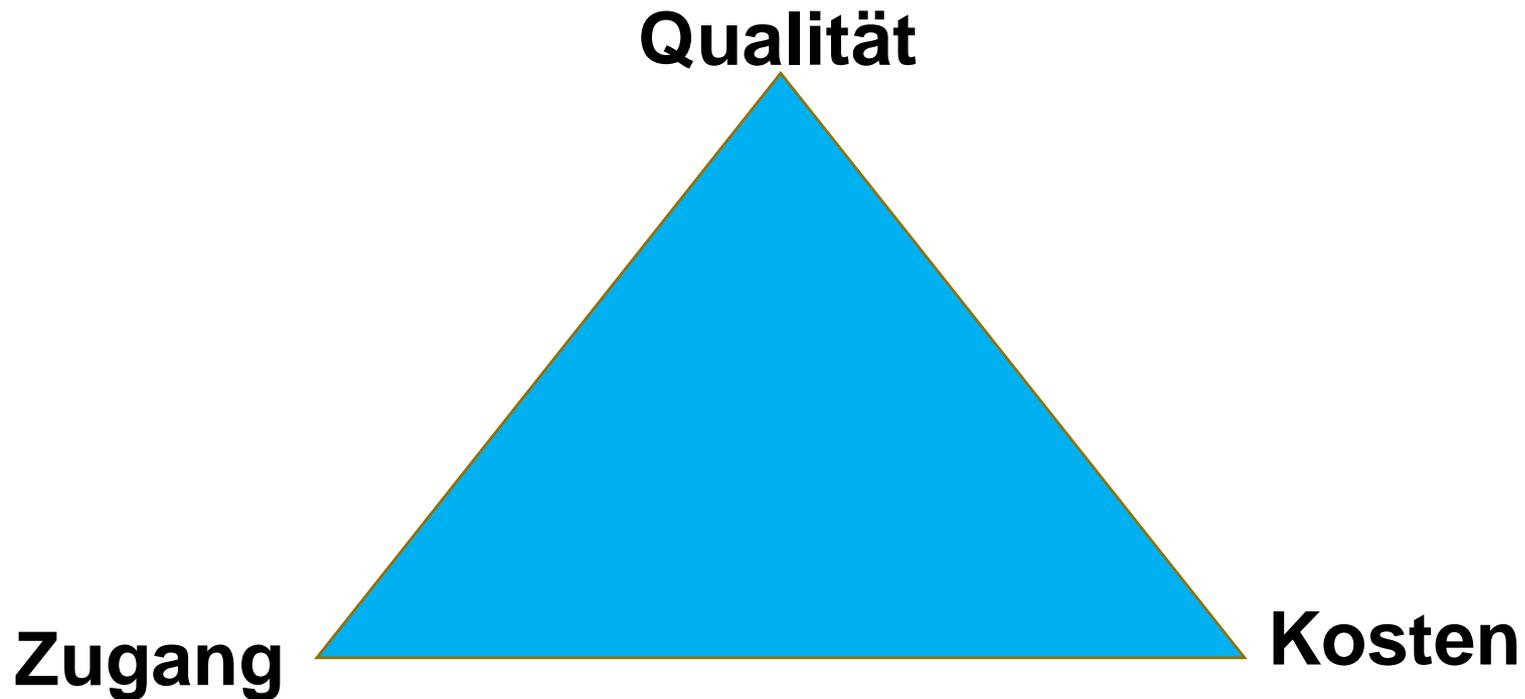

Vom guten Beispiel lernen: Integrierte Versorgung in Deutschland und den USA

Referat für „Forschungsstelle für Sozialrecht
und Sozialpolitik“ am 10. 2. 2015

Prof. Dr. Leonhard Hajen
Universität Hamburg

Das „magische Dreieck“ der Gesundheitsversorgung



Problem: Zielkonflikte die Regel

Hauptziele von integrierter Versorgung („seamless care“)

- Grundprobleme aller entwickelter Staaten
 - Demographische Entwicklung und medizinischer Fortschritt führen zu höheren Ausgaben für Gesundheit (pro Kopf und Anteil am Volkseinkommen)
 - Qualität bei zumindest gleichen Kosten verbessern
 - Kostenanstieg begrenzen bei zumindest gleicher Qualität
 - Fairer Zugang zur Versorgung unabhängig vom finanziellen oder sozioökonomischen Status
 - ➔ Alle Staaten suchen nach neuen Formen integrierter Versorgung
 - ➔ Chance, vom guten Beispiel zu lernen

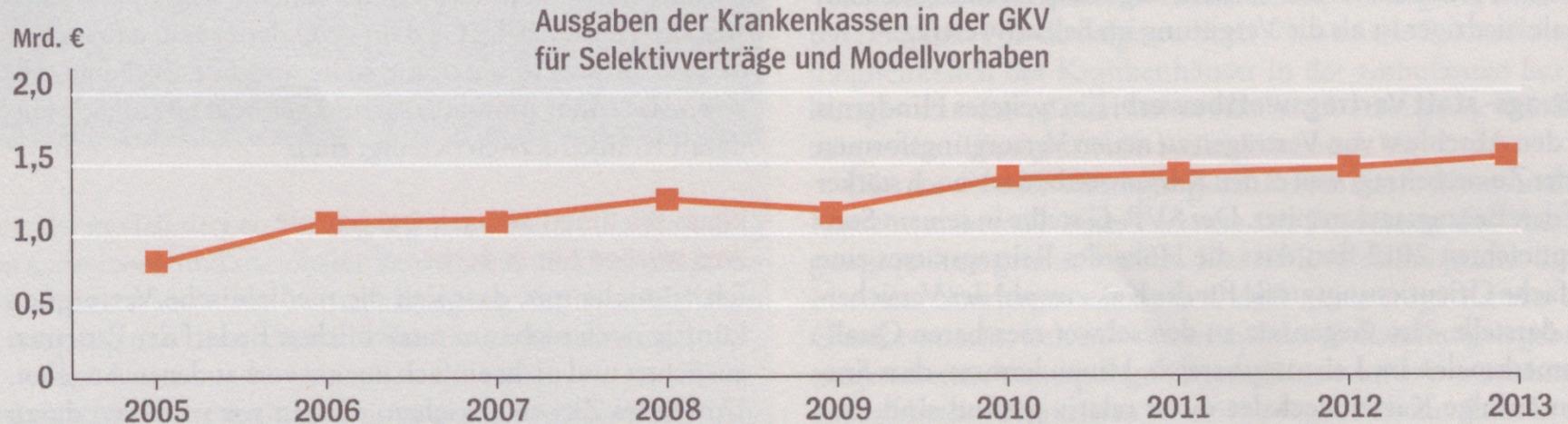
Integrierte Versorgung in Deutschland

- Öffnung für IV im § 140a SGB V im Jahr 2000, erweitert um Anschubfinanzierung 2004, die Ende 2008 ausgelaufen ist
 - Sektorenübergreifend und interdisziplinär
 - Finanziert über Abgabe von 1% des ambulanten und stationären Budgets
 - Anschubfinanzierung starker Anreiz zur Entwicklung von IV
 - Krankenhäuser mit ihrer Managementfähigkeit führend
 - Einiges Sinnvolles, viel Unsinniges
 - Nach Auslaufen mussten sich IV-Verträge rechnen
 - Einsparungen zur Finanzierung höherer Aufwendungen
 - Kürzung der ambulanten Budgets der KVen um den Anteil der IV-Versorgung schwer durchzusetzen

Integrierte Versorgung in Deutschland

- Starke Ernüchterung zu Umfang und Wirksamkeit von IV-Verträgen
 - In 2013 pro Versicherten in GKV:
 - Gesamtausgaben: 2615 €
 - Ausgaben für IV: 22 € => weniger als 1%
 - Bundesversicherungsamt (2014), Tätigkeitsbericht 2013, Bonn, S. 15
 - Entwicklung der Ausgaben für Selektivverträge 2005 bis 2013 nächste Folie
- Probleme
 - Grundsatz ist Freiwilligkeit der Teilnahme bei Leistungserbringern und Patienten
 - Hohe Verhandlungskosten
 - Selektivverträge ändern nichts daran, dass Leistungserbringer ohne Vertrag Anspruch auf Bezahlung durch GKV haben
 - Honorarforderungen, die nicht durch Einsparungen refinanziert werden können
 - Bindung der Patienten an Versorgungsnetze
 - Anteil der Patienten einer Kasse bei den einzelnen Vertragspartnern häufig zu gering

Investitionen in neue Versorgungsformen steigen nur langsam



Mit verschiedenen Reformgesetzen hat der Gesetzgeber in der Vergangenheit Möglichkeiten geschaffen, um die Patientenversorgung mithilfe von Selektivverträgen zu verbessern. Durch die im Jahr 2004 eingeführte, aber 2008 wieder beendete Anschubfinanzierung hatten die Kassen unterm Strich keine finanziellen Nach-, aber auch keine Vorteile durch solche

Verträge. Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung war sogar ein Rückgang der Investitionen zu verzeichnen. Zuletzt sind sie wieder gestiegen – aber nur sehr langsam. Offensichtlich ließen die Rahmenbedingungen viele Kassen zögern.

Quelle: WIdO/KJ1

Barrieren für Verbreitung von IV-Verträgen

- Bundessozialgericht hat 2008 sehr restriktive Anforderungen formuliert (B 6 KA 27/07 R)
 - IV muss **Regelversorgung ersetzen**, nicht lediglich ergänzen
„Bevölkerungsbezogene Flächendeckung“
 - Bereinigung des KV-Budgets, aber Verhandlungen schwierig
 - Schwer zu realisieren, da keine Netzbindung für Patienten und ungeklärte Beteiligung an Notfallversorgung
- IV-Verträge müssen seit 2012 durch BVA geprüft werden (§ 71 Abs. 4 Satz 2-4 SGB V)
 - Unterschiedliche Genehmigungspraxis im Bund (BVA) bei bundesweiten Kassen und den Ländern bei regionalen Kassen
 - BVA genehmigt nur restriktiv
- Qualität der IV-Verträge schwer zu beurteilen
 - Wenig Evaluationsstudien zur Qualität und Wirtschaftlichkeit
 - Gut dokumentiertes Erfolgsmodell „PROSPER“ der Knappschaft, aber Sondersituation der Knappschaft durch eigene Krankenhäuser und Ärzte

Deregulierung zu integrierter Versorgung im Kabinettsbeschluss für das Versorgungsstärkungsgesetz

- Kabinett hat am 17. Dezember 2014 entschieden
- Neuer 140 a SGB V:
 - Alles, was nicht unter Regelversorgung fällt, kann in Selektivverträgen vereinbart werden
 - Flächendeckende, populationsbezogene Versorgung nicht mehr zwingend, damit sind „add-on“-Verträge möglich
 - Keine spezielle Aussage zu Sicherstellungsauftrag
 - Neu: KV kann Vertragspartner sein (zur Unterstützung ihrer Mitglieder)
- Große Vertragsfreiheit zu Inhalten und Formen der Honorare in IV-Verträgen
- Wirtschaftlichkeitsnachweis nach vier Jahren

Innovationsfonds

- Innovationsfonds von 300 Mio. (davon 75 Mio. für Versorgungsforschung) öffnet Chancen für neue Versorgungsformen
 - Leistungserbringer und Kassen können beantragen
 - Kassen müssen bei Antrag beteiligt werden
 - Empfehlung zu Anträgen durch Expertenbeirat
 - Entscheidung im „Gemeinsamen Bundesausschuss“
 - Wiss. Auswertung bis 2019 bzw. 2021

Aus den Erfahrungen der USA mit integrierter Versorgung (Managed Care) lernen

- Seit 1990 Erfahrungen mit integrierter Versorgung
 - In privater und sozialer Krankenversicherung
 - Große Vertragsfreiheit und Vielfalt der Modelle
 - „Health Maintenance Organizations“ (Institutionelle Verbindung von Versicherer und Leistungserbringern) weitgehend gescheitert
 - Einsparungen durch Vorabgenehmigung durch Versicherer von Krankenhauseinweisungen und Überweisungen
 - Dominanz der ökonomischen Interessen
 - Gleichermaßen unbeliebt bei Ärzten und Patienten
 - Positive Effekte privater HMOs im Vergleich zu HMOs in Medicare und Medicaid mit Vorsicht interpretieren
 - In Medicare nur Versicherte über 65 Jahre
 - Selbstselektionseffekte bei Privaten: Gesunde wählen HMOs mit geringeren Prämien
 - Aus Wettbewerbsgründen könnten erfolgreiche, private Modelle der integrierten Versorgung nicht publiziert werden

Neuer Anlauf mit „Affordable Health Care Act (ACA)“ in 2010 (Obamacare): Accountable Care Organizations (ACOs)

- Ziele
 - Versicherung für alle US-Bürger („Access“)
 - Versorgungsqualität verbessern („Quality of Care“)
 - Ausgabenanstieg bremsen und keine Zusatzbelastung für den Staatshaushalt („Cost“)
- Vielzahl von Instrumenten, u. a. Entwicklung effektiver Modelle integrativer Versorgung und zentrale Zertifizierung und Evaluation
- Beginn in 2011
 - Bisher nur zwei Jahre Praxis auswertbar
 - Mit aller Vorsicht: Positive Tendenz bei Qualität und Kosten
 - Ausgabenanstieg der gesamten Gesundheitsausgaben in 2013 auf 3,6%¹ gebremst, aber nicht in erster Linie ACOs
 - Primär Folge der schlechten Konjunktur
 - Honorare
 - Andere Instrumente des ACA

Ziele von ACOs und gesetzliche Vorgaben

- Gleiche oder bessere Qualität der Versorgung bei gleichen oder geringeren Kosten
- Regulierung nur für soziale Krankenversicherung (Medicare und Medicaid)
- „Centers for Medicare and Medicaid Services“ (CMS) als Institution auf Bundesebene
 - zertifiziert ACOs auf Basis von zu erfüllender Mindestbedingungen
 - evaluiert Qualität und Kosten
 - bei Erfüllung der Mindestbedingungen große Vertragsfreiheit
- Freiwilligkeit der Teilnahme für Leistungserbringer und Patienten
 - Lehren aus Fehlern der HMOs gezogen
 - Patientenbindung als Problem: „Die fette Weide ist der beste Zaun“

Wichtige Anforderungen für Zertifizierung von ACOs durch CMS nach dem ACA

- Leistungserbringer müssen Verträge mit Medicare und Medicaid zur Versorgung von Patienten haben
- Beteiligung an Netz von Leistungserbringern (mit oder ohne Krankenhaus) mit klarer Führungsstruktur und Managementkapazität
- Regeln zur Verteilung erzielter Gewinne
- Qualitätsmanagement und Berichtssystem mit Adressat Gesundheitsministerium über Qualität und Kosten
- Prozesse die „Evidence-based medicine“ fördern
- Patientenorientierte Organisation
- Mindestens 5.000 Patienten in ACO

Formen der ACOs

- Höchste Form der Integration: „Integrated delivery systems“
 - Eigene Krankenhäuser und angestellte Ärzte in multidisziplinären Zentren von Allgemeinärzten und Fachärzten
 - Verbindung von Leistungserbringern und Versicherung
 - Träger sind private Organisationen
- „Multi-speciality group“
 - Feste Organisationsstruktur
 - Verschiedene Facharztgruppen und Allgemeinmediziner, häufig in der Form von „Primary care medical homes“ (vergleichbar mit unseren MVZ)
 - In der Regel Kooperation mit Krankenhaus
- „Physician hospital organisation“
 - Schwächere Form der institutionellen Verbindung
 - Häufig Finanzierung auf Basis Kopfpauschalen
 - Weit verbreitet, aber Zweifel an Effizienz

Formen ACOs -2-

- „Independent practice associations“ (IPAs)
 - Selbständige Ärzte und Gruppen von Ärzten, die sich zusammenschließen, um Verträge mit Versicherungen abzuschließen
 - Große Vielfalt an Strukturen
 - Eher weniger erfolgreich in der Kooperation mit Krankenhäusern
 - „Virtual physician organisations“ (VPOs)
 - Kleine Arztpraxen
 - Eher in ländlichen Gegenden
 - Organisatorische Unterstützung durch Dritte
- ➔ Vielfalt der Organisationsformen gewollt, um „best practice“ zu finden
- ➔ Strategischer Ansatz des ACA, um Kosten zu senken

Finanzierungsmodell der ACOs: Teilung von Risiken und Gewinnen

- In Modellen soll effektivsten Entgeltmodell ermittelt werden
 - Große Vertragsfreiheit bei Budgetbestimmung
 - Gemeinsames Budget für alle Patienten (ambulant, stationär, sonstige Leistungen) und Bestimmung der Budgethöhe über morbiditätsorientierte Fallpauschalen pro Kopf (mit und ohne Risikobegrenzung)
 - Entgelte auf der Basis von Einzelleistungen („fee-for-service“)
 - Ermittlung der Gewinne durch Vergleich der Kosten mit ähnlichen Patienten, die in keinem ACO sind (=>durch CMS)
 - Ausschüttung von 50% der Gewinne, wenn Kosten zur Vergleichsgruppe um mehr als 2% niedriger sind
 - Zunächst Begrenzung des Risikos, nach zwei oder drei Jahren Risikoteilung

Qualität

- CMS hat Gruppen von Qualitätsindikatoren und gibt Zielwerte für ACOs vor
- Bei Übererfüllung der Qualitätsmaße sind Sonderzahlungen an die Netzteilnehmer möglich
- Pay-for-Performance gebunden an einzelne Qualitätsindikatoren kann vereinbart werden

Verbreitung der ACOs

- ACOs in der Sozialversicherung mit zwei Programmen
 - Shared Savings Program
 - Merkmal: Zeitlich begrenzte Freistellung vom Verlustrisiko
 - für neue Netze ohne Erfahrung mit Managed Care
 - 330 ACOs (2013?) in 47 Staaten mit 4,9 Mio. Patienten
 - CMS finanziert Anfangsinvestitionen
 - Pioneer Program
 - ACOs mit Netzwerkerfahrung und vorhandenen Managementkapazitäten
 - 30 Pioneer ACOs
 - An 46% der ACOs waren ein oder mehrere Krankenhäuser beteiligt ¹
- ca. 300 ACOs im Bereich private Krankenversicherung
 - ➔ Relevante Zahl von ACOs für erste Bewertung

Erste Erfolgsbewertung

- ACO Patienten im Vergleich zu anderen
 - Anteil der über 80jährigen ist höher
 - Anteil Weißer ist höher
 - Höhere Einkommen
 - Geringere Wahrscheinlichkeit, dass neben Medicare auch Medicaid bezogen wird ¹
 - ➔ Aussage zur Morbidität der Population schwierig
- Kosten bei ACO-Patienten 5,8% niedriger 7.694 \$ im Vergleich zu 8.164 \$ ¹
- 58 ACOs blieben mit 705 Mio. \$ unter ihrem benchmark und erzielten 315 Mio. \$ Einnahmen aus verteilten Gewinnen ²
- 60 ACOs blieben unter benchmark, aber ohne verteilte Gewinne ²
- Stationäre Aufenthalte in ACOs mit Krankenhaus nicht höher als in ACOs ohne Krankenhausbeteiligung ²
- Bewertung nach zwei Jahren Praxis: Vorsicht bei Interpretation
 - Niedrighängende Früchte gepflückt?
 - Zugang nach sozioökonomischem Status unterschiedlich?

Übertragbarkeit ins GKV System?

- Gesamtsystem der ACOs nicht übertragbar
 - In der sozialen Krankenversicherung der USA nur zwei Träger (Medicare und Medicaid), die nicht im Wettbewerb stehen
 - CMS verfügt als nationale Agentur über die Daten aller von den ACOs gemeldeten Daten und allen Medicare und Medicaid Daten
 - Wollte man Qualität und Kosten und die Budgetfestlegung der ACOs in ähnlicher Weise in der GKV abbilden, müssten patientenbezogene Daten der 136 Krankenkassen und Qualitätsdaten der Leistungserbringer bundesweit erfasst werden
 - Für den ambulanten Bereich fehlt eine den USA (fee-for-service) entsprechende Datengrundlage
 - Vielzahl der Krankenkassen, mit denen Leistungserbringer Verträge zur IV schließen müssten
- Einzelne Elemente der ACOs sind übertragbar und können für Ausgestaltung der Integrierten Versorgung hilfreich sein

Erfolgsfaktoren nach den bisherigen Erfahrungen mit integrierter Versorgung in den USA

■ Kultureller Wandel

- Die Beteiligten müssen neue Versorgungsformen wollen
- Bereitschaft zu sektoren-, berufsgruppen- und disziplinübergreifender Kooperation
- Finanzielle Anreize und neue Entgeltsysteme nötig („shared savings“ und „pay-for-performance“)

■ Starke Beteiligung niedergelassener Ärzte

- Steuerung der Versorgung (Lotse)
- Einweisung in das Krankenhaus
- Überweisung zum Facharzt
- Verordnete Leistungen

Erfolgsfaktoren -2-

- **Ausreichende Managementkapazität**
 - Abgestimmte Prozesse und gemeinsame IT
 - Transparenz für alle Netzteilnehmer
 - Elektronische Patientenakte
 - Schnelle, regelmäßige Rückmeldung an Leistungserbringer über Ausmaß der Zielerreichung der ACO
- **Hohe Mindestzahl von Patienten und Leistungserbringern im Netz**
- **Starke Einbeziehung der Patienten in Prävention und Therapie („Empowerment“)**
- **Bindung der Patienten an das Netz durch gute Qualität**

„If the grass is good, folks will stay with you“
Elliot Fisher

Fazit für GKV und Integrierte Versorgung

- Nicht zu hohe Erwartungen an Integrierte Versorgung richten, weil Implementation in der Fläche viel Zeit und Geld kostet
- In Deutschland hat freie Arztwahl hohen Stellenwert: Konflikt mit Qualität und Wirtschaftlichkeit
- Bedeutung des kulturellen Wandels nicht unterschätzen:
 - Sektorenübergreifendes Denken und Handeln muss gelernt werden (Klinische Endpunkte, nicht Optimierung des eigenen Sektors)
 - Rolle des Patienten stärken (Prävention, Mitwirkung)
- Zielgruppe für IV sorgfältig bestimmen
 - Breit, einschließlich Prävention, oder
 - Hochkostenfälle
 - Teure Patienten weil hohe Inzidenz der Indikation
- IT und elektronische Patientenakte
- Managementkapazität