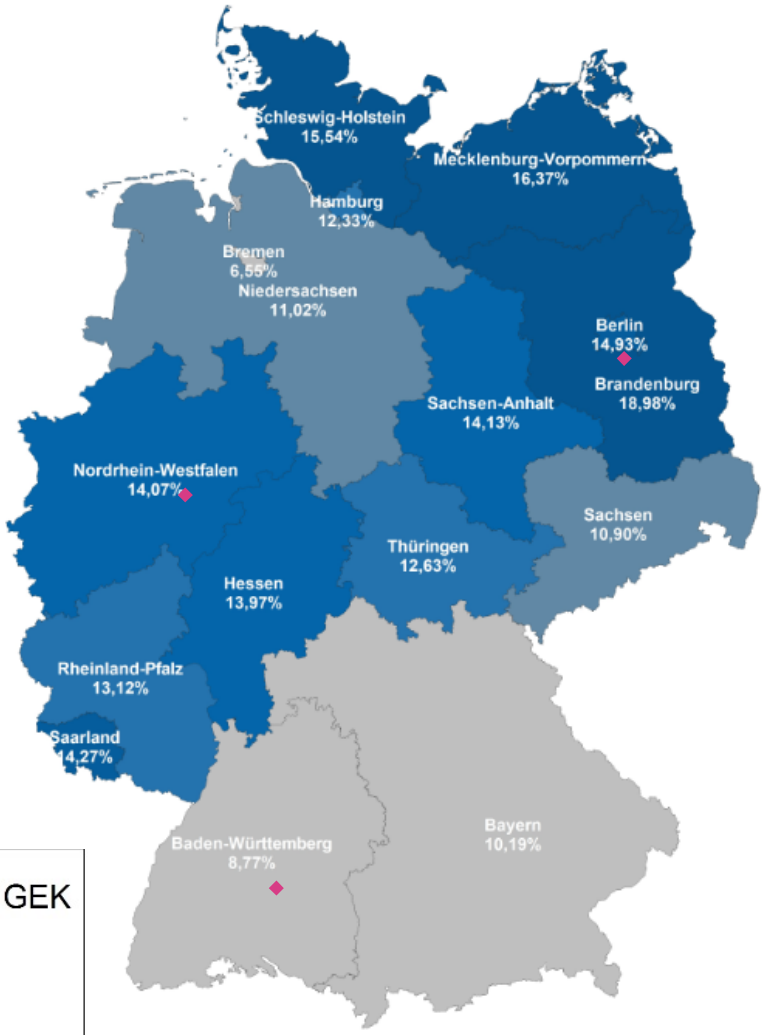
Vienna Healthcare Lectures
Wien, 11.09.2015

Grenzbereich zwischen ambulanter und stationärer Versorgung – Initiativen und Erfahrungen in der Bundesrepublik Deutschland

Dr. Christian Graf
Abteilungsleiter Produktentwicklung, Versorgungsmanagement, Prävention
BARMER GEK Hauptverwaltung Wuppertal
christian.graf@barmer-gek.de

↗ BARMER GEK IN ZAHLEN

- ↗ Anzahl Versicherte: ~ 8,5 Mio.
- ↗ Marktanteil: ~ 12 %
  (regional zwischen 6,5 und 19 %)
- ↗ MitarbeiterInnen: rund 15.800,
  ~ 690 Geschäftsstellen,
  Hauptverwaltung: 3 Standorte
  (Wuppertal, Schwäbisch Gmünd, Berlin)
- ↗ Leistungsausgaben: ~ 25 Mrd. €/Jahr
- ↗ Ärztliche Behandlungsfälle: >75 Mio./Jahr
- ↗ Arzt-Patienten-Kontakte: >156 Mio./Jahr



GKV-Marktanteile BARMER GEK
(Versicherte)

- ≥ 6,5% - < 10,5%
- ≥ 10,5% - < 12,0%
- ≥ 12,0% - < 13,5%
- ≥ 13,5% - < 14,2%
- ≥ 14,2% - < 15,0%
- ≥ 15,0% - < 19,0%

AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

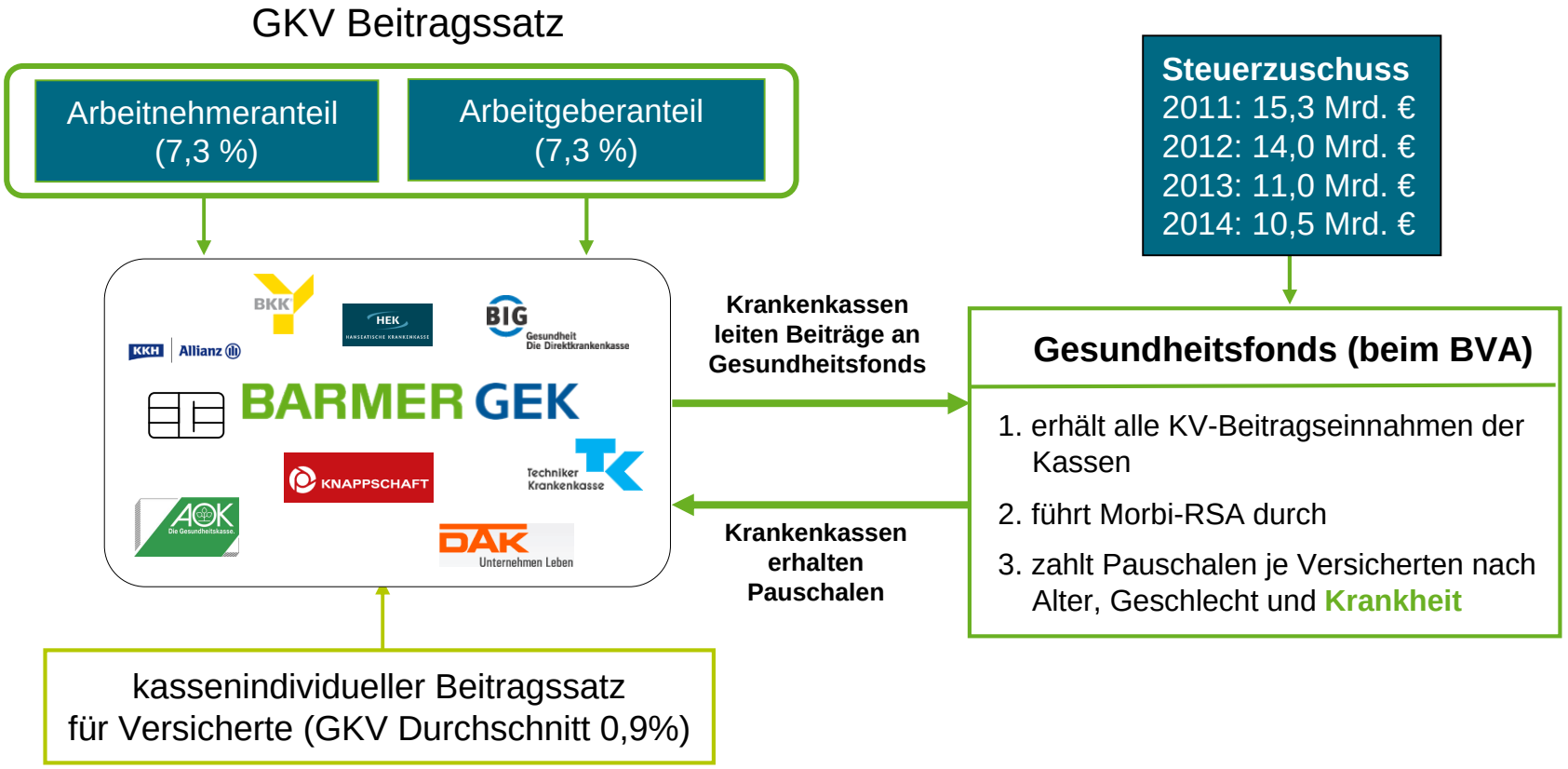
5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

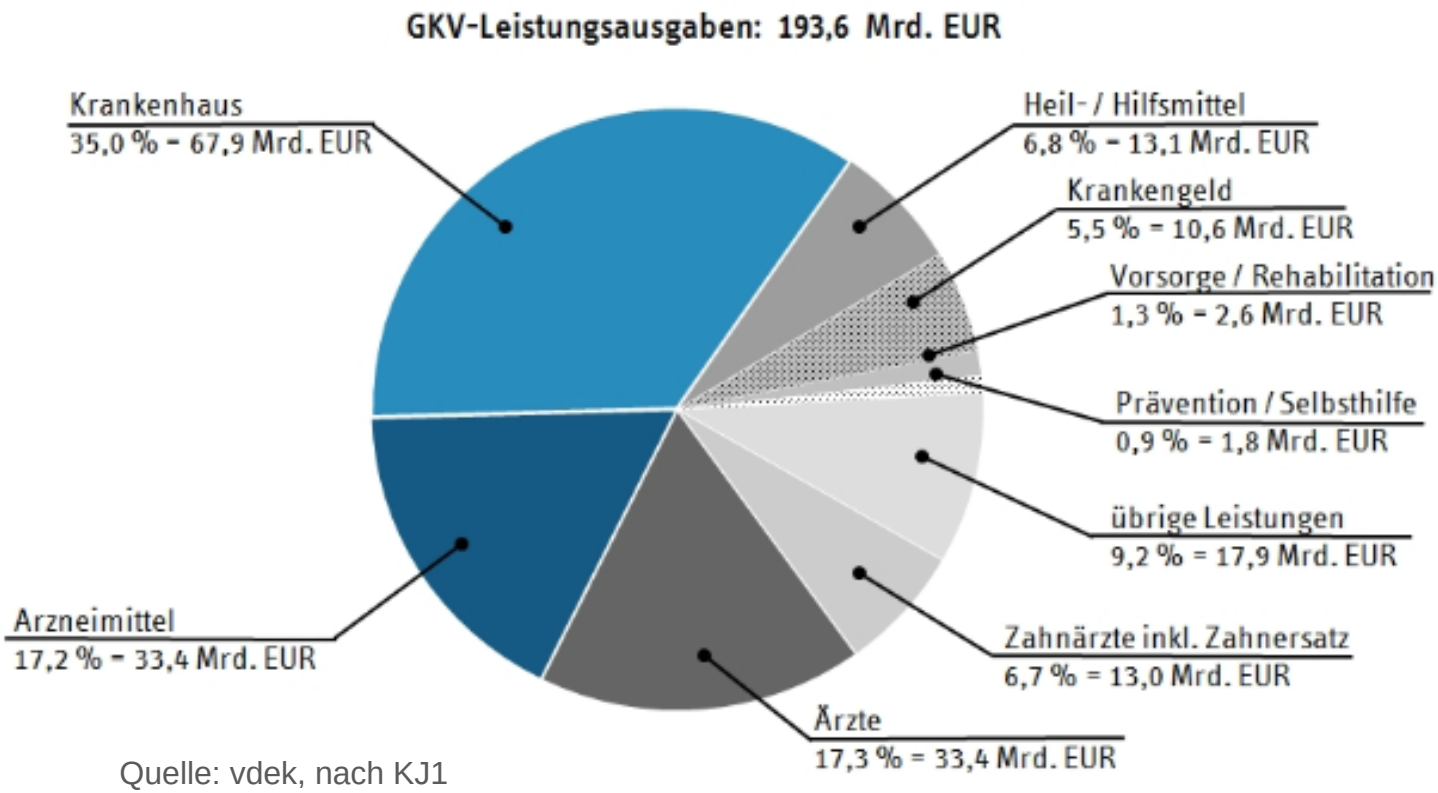
7 Fazit und Ausblick

↗ GKV UND GESUNDHEITSFONDS

- 90 Prozent der Bevölkerung gesetzlich versichert
- aktuell 123 gesetzliche Krankenkassen (abnehmende Tendenz)
- Wettbewerb vorwiegend um Preis (Leistungen zu 95% gesetzl. festgelegt -> SGB V)
- Morbiditätsorientierter Risikostrukturausgleich im Rahmen des Gesundheitsfonds



↗ GKV LEISTUNGSAUSGABEN (2014 BUND)

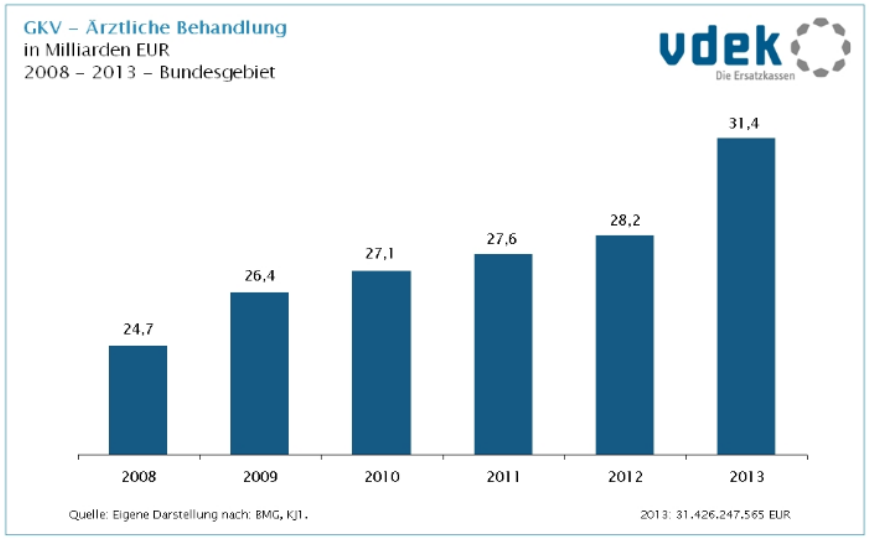


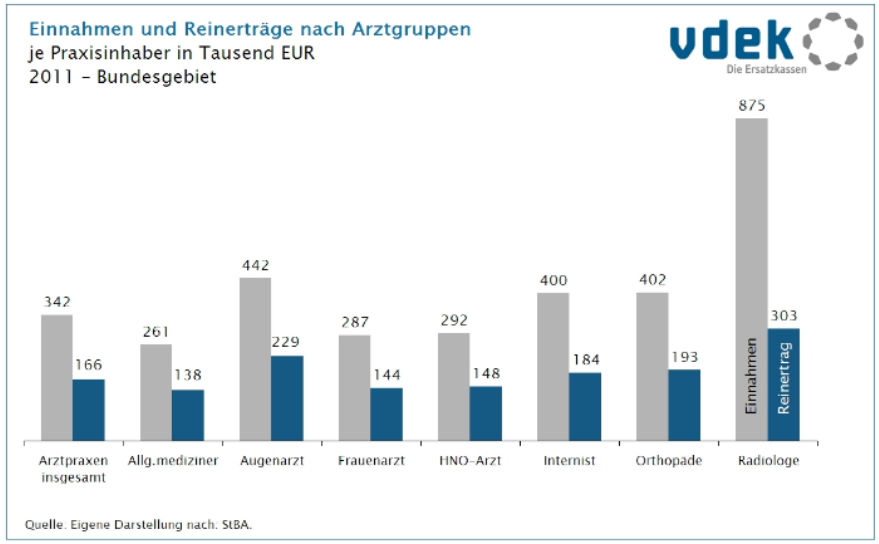
Quelle: vdek, nach KJ1

BARMER GEK

↗ AMBULANTE ÄRZTLICHE VERSORGUNG

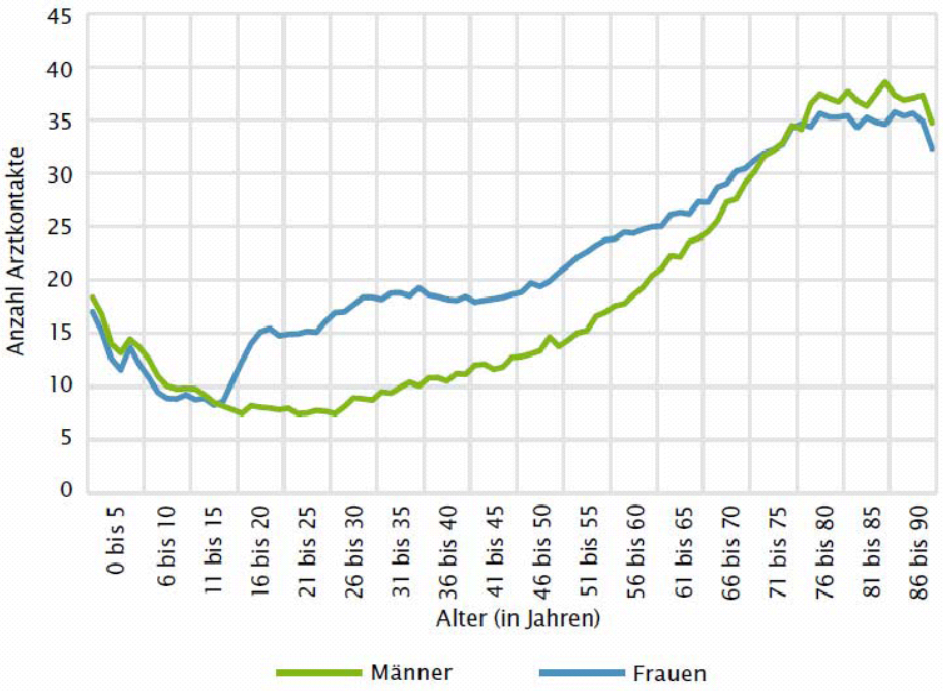
- 121.600 niedergelassene Ärzte (~ 50% Hausärzte)
- Sicherstellungsauftrag durch Kassenärztliche Vereinigungen
  (17 KVen auf Landesebene)
  -> Zuständig für Bedarfsplanung und Honorarverteilung
- Honoraranteil ca. 17 % der GKV (33,4 Mrd. Euro)
- Vergütungssystem: Einh. Bew.Maßstab mit Regelleistungsvolumina (tend. pausch.)
- hohe Zahl A-P-Kontakte (~ 18 pro Vers.) -> neg. Wirkung auf Dauer und Verg./A-P-K



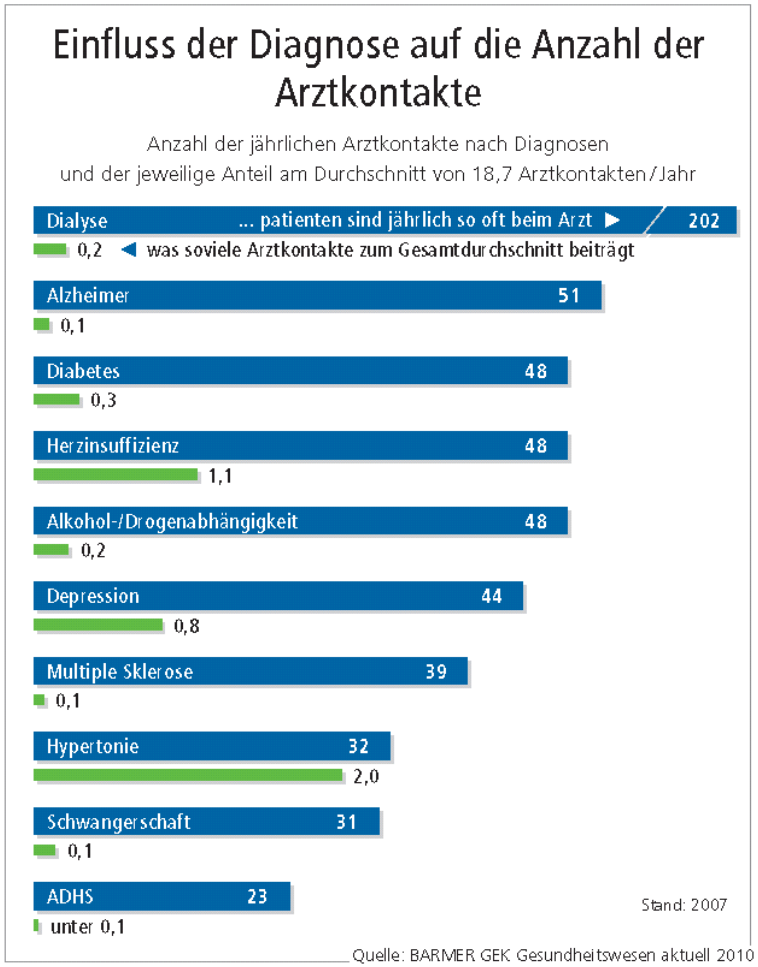


↗ Durchschnittlich 18 Arztkontakte pro Jahr – was steckt dahinter?

Abbildung 2: Arztkontakte nach Alter und Geschlecht der Versicherten



Quelle: BARMER GEK-Daten 2007

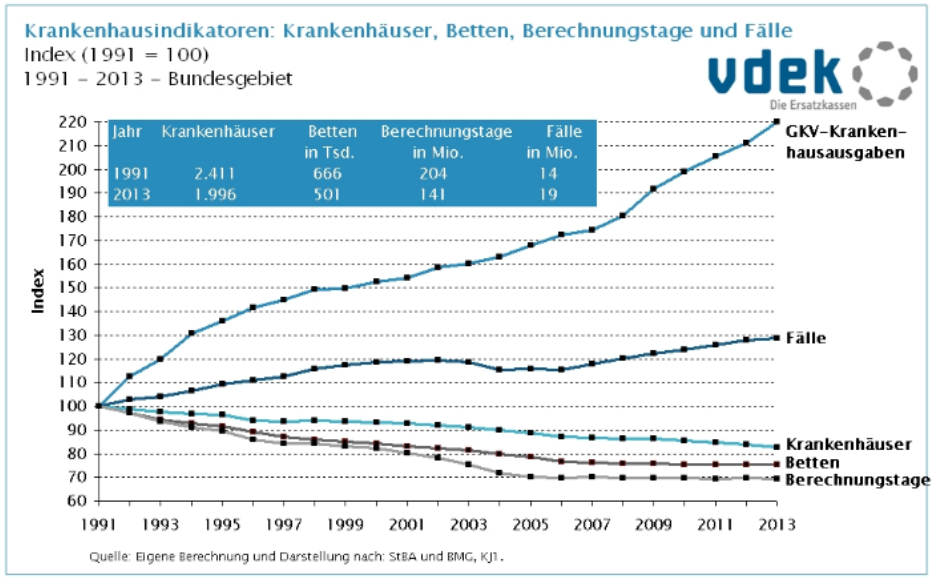


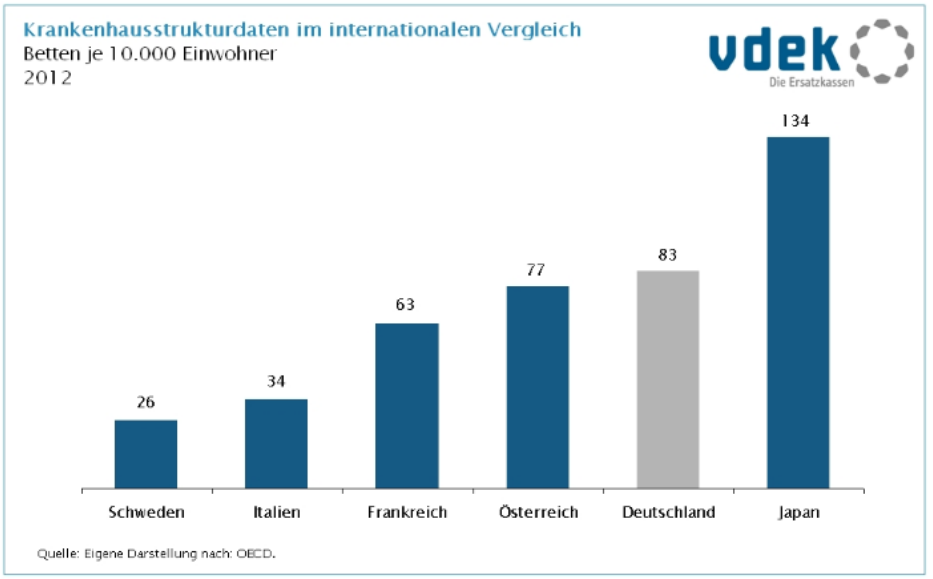
Quelle: BARMER GEK Gesundheitswesen aktuell 2010

BARMER GEK

↗ KRANKENHÄUSER

- ca. 2000 Krankenhäuser mit 500.000 Betten
- im internat. Vergleich hohe Fallzahl (18,8 Mio.), Verweildauer (7,5 Tage) und Bettendichte
- Ausgabenvolumen 35% der GKV (67,9 Mrd. Euro)
- Bedarfsplanung durch Länder; Leistungsvergütung durch Krankenkassen (Duale Finanzierung -> Investitionskostenanteil der Länder ~ 3,5%)
- Vergütungssytem: G-DRG mit flexiblem KH-Budget (Landes-Basis-Fallwert ~ 3.200 Euro); Einführung pauschalierte Entgelte Psychiatrie und Psychosomatik (PEPP) ab 2013





AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

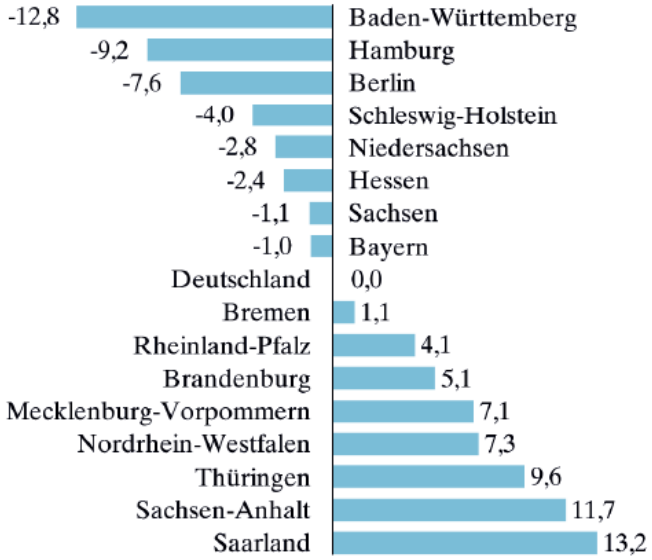
6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

7 Fazit und Ausblick

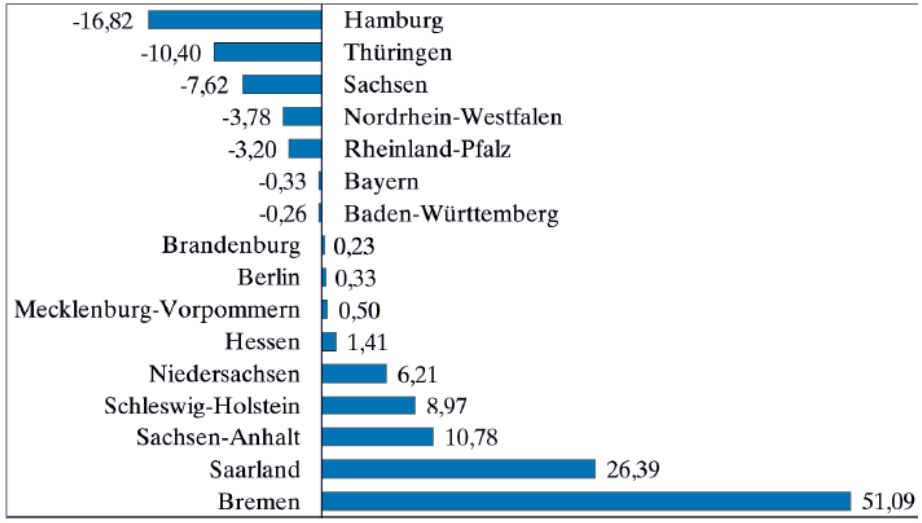
↗ SEKTORÜBERGREIFENDE BEDARFSPLANUNG?

- Bedarfsplanung auf Landesebene historisch gewachsen
- unterschiedliche Zuständigkeiten: KV für ambulante ärztliche Versorgung, Länder für Krankenhauskapazitäten -> dadurch keine Steuerung möglicher Wechselwirkungen (s.u.)

Um Alter und Geschlecht bereinigter Überhang bei den stationären Fällen
2005; in %



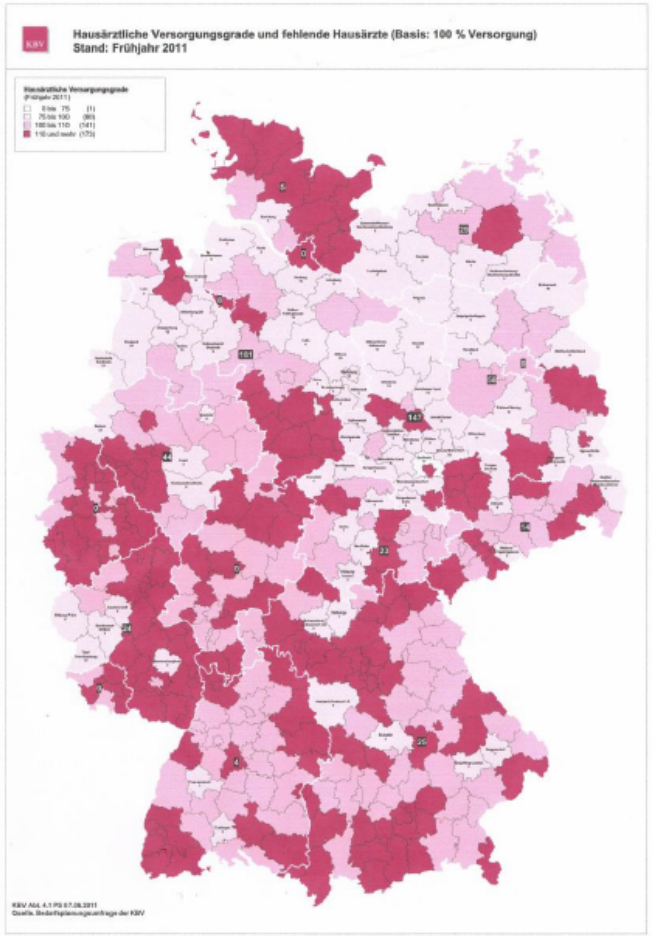
Relative Über- bzw. Unterversorgung mit Fachärzten
2005; Differenz zwischen beobachteter und geschätzter Arztdichte[1]

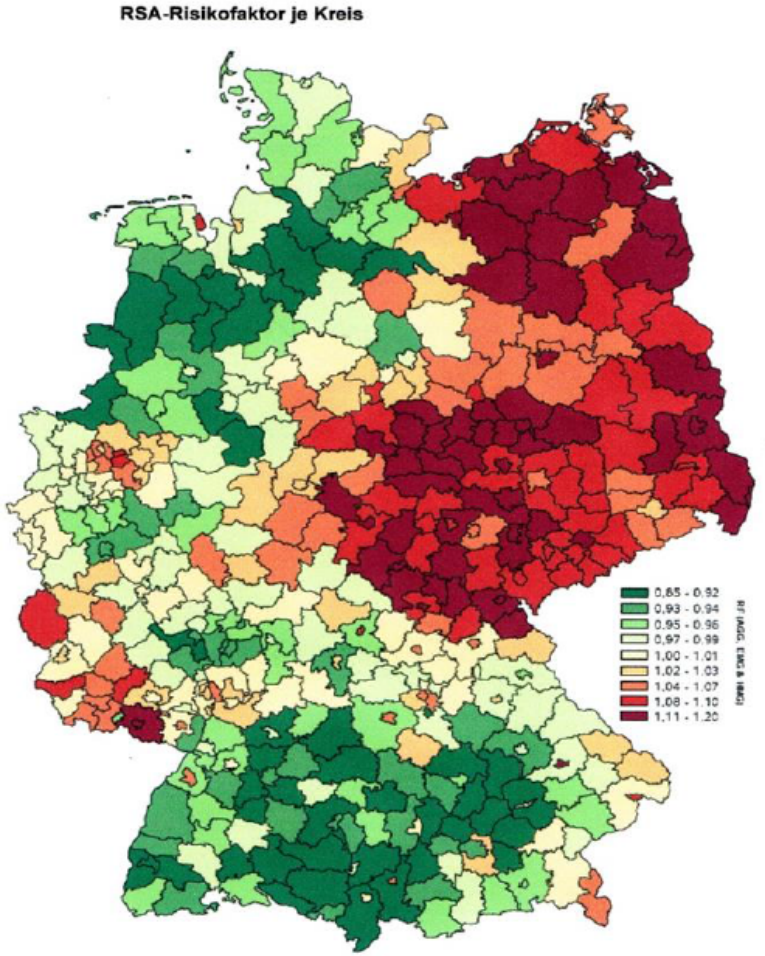


Quelle: Augurzky et al. 2008

BARMER GEK

↗ BEISPIEL HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG UND KRANKHEITSVERTEILUNG





Quelle: Gruhl 2014

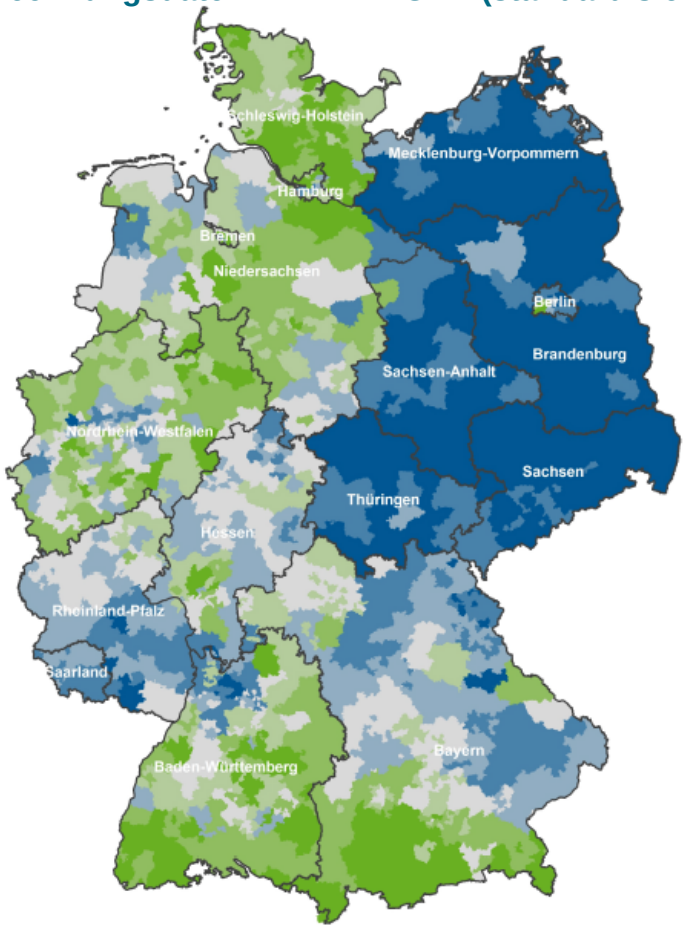
BARMER GEK

↗ REGIONALE UNTERSCHIEDE AM BEISPIEL DIABETES

Diabetes-Prävalenz 2012

je 3-stelligem PLZ-Bereich

Quelle: Abrechnungsdaten BARMER GEK (standardisiert auf die bundesdeutsche Bevölkerung)



Regionen mit höchster / niedrigster Prävalenz			
148 (BB)	13,5%	706 (BW)	5,4%
047 (SN)	12,7%	737 (BW)	5,3%
026 (SN)	11,4%	805 (BY)	5,3%
067 (SN)	11,4%	720 (BW)	5,1%
194 (MV)	11,3%	203 (HH)	5,0%
018 (SN)	11,3%	256 (SH)	4,9%
028 (SN)	11,2%	201 (HH)	4,8%
045 (SN)	11,2%	226 (HH)	4,3%

Standardisierte Diabetesprävalenz

- ≥ 4,3 - < 6,6
- ≥ 6,6 - < 7,1
- ≥ 7,1 - < 7,5
- ≥ 7,5 - < 7,9
- ≥ 7,9 - < 8,5
- ≥ 8,5 - < 9,5
- ≥ 9,5 - < 13,5

BARMER GEK

↗ REFORMANSÄTZE IN DEN LETZTEN JAHREN

Sektorübergreifende Bedarfsplanung (Neuregelung seit 2012)

- Seit 2012 kann auf Landesebene ein gemeinsames Gremium aus Vertretern des Landes, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Landesverbände der Krankenkassen sowie der Ersatzkassen und der Landeskrankenhausgesellschaft sowie weiteren Beteiligten gebildet werden. Das gemeinsame Landesgremium kann Empfehlungen zu sektorenübergreifenden Versorgungsfragen abgeben (§ 90a SGB V).

Zulassungsbeschränkungen ambulant (Neuregelung GKV VSG ab 7/2015)

- Die Kassenärztliche Vereinigung soll Arztsitze aufkaufen, wenn für bestimmte Arztgruppen und Planungsbereiche ein Versorgungsgrad von 140 Prozent erreicht ist. Als überversorgt gilt ein Bereich auch weiterhin, wenn der Versorgungsgrad 110 Prozent erreicht hat. Ab diesem Wert kann die KV wie bisher Arztsitze aufkaufen (§ 103 SGB V).

Strukturfonds Krankenhäuser (Neuregelung KHSG vorauss. ab 2016)

- Der Referentenentwurf sieht einen Strukturfonds vor, mit dem Überkapazitäten abgebaut, eine stärkere Konzentration von Versorgungsangeboten erreicht und Umstrukturierungen in nicht akutstationäre Versorgungseinrichtungen ermöglicht werden sollen. Die Verwendung des mit 500 Millionen Euro über den Gesundheitsfonds finanzierten Fonds setzt voraus, dass sich die Länder zur Hälfte an den Kosten beteiligen.

AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

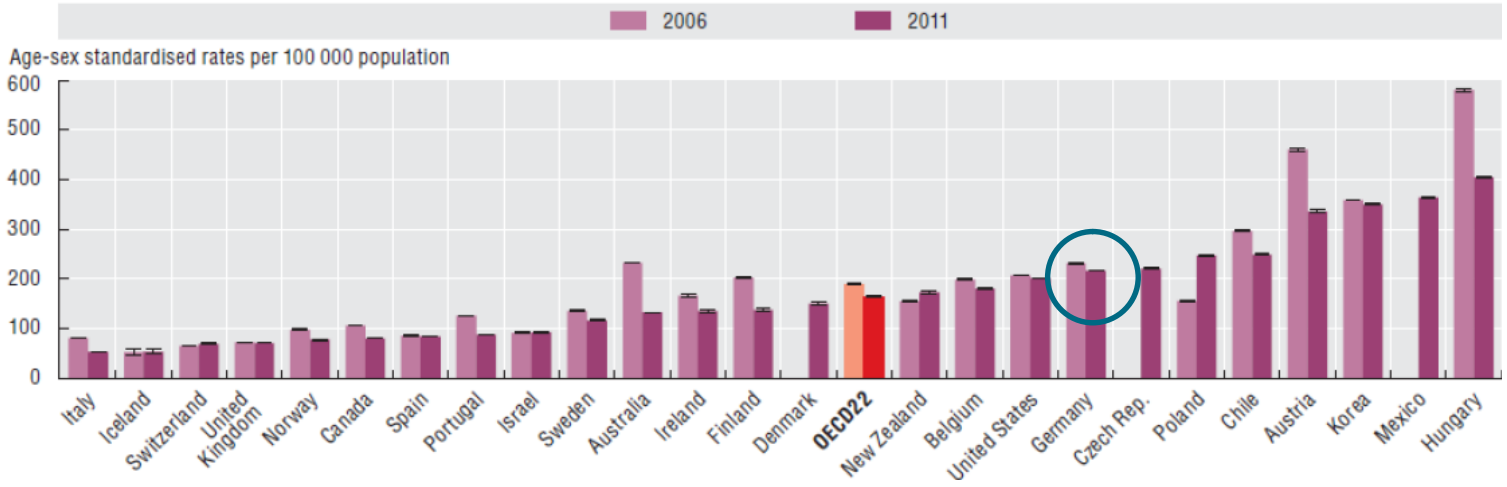
5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

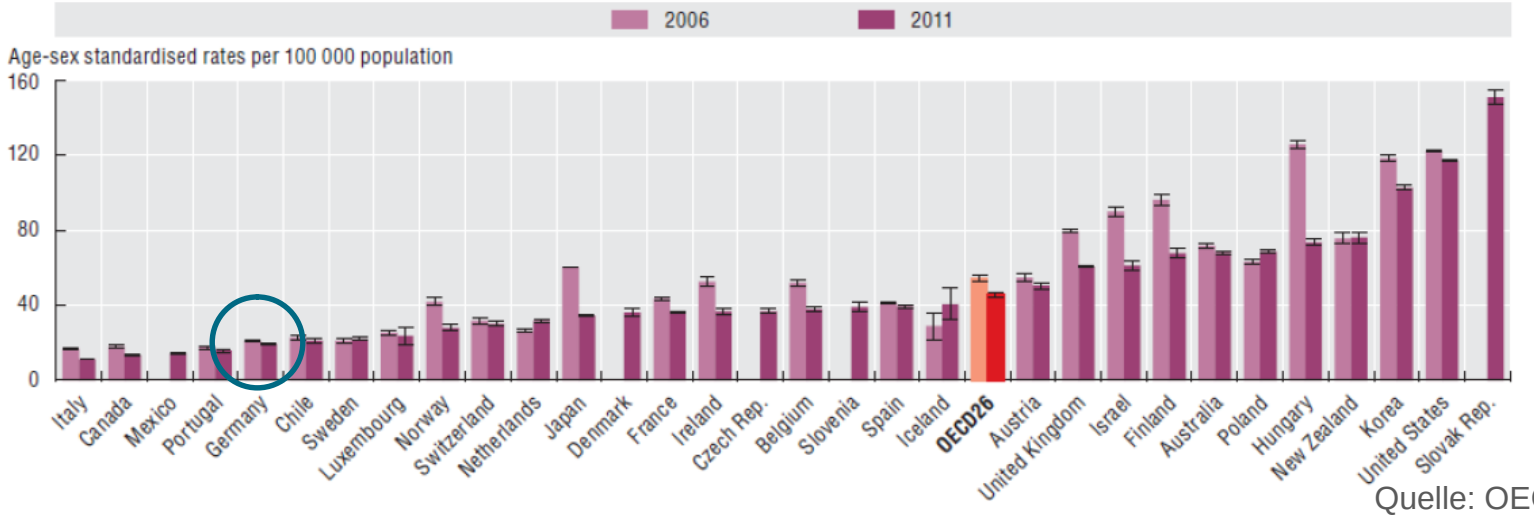
7 Fazit und Ausblick

↗ POTENZIAL VERLAGERUNG STATIONÄR-> AMBULANT?

Diabetes hospital admission in adults, 2006 and 2011 (or nearest year)



Asthma hospital admission in adults, 2006 and 2011 (or nearest year)

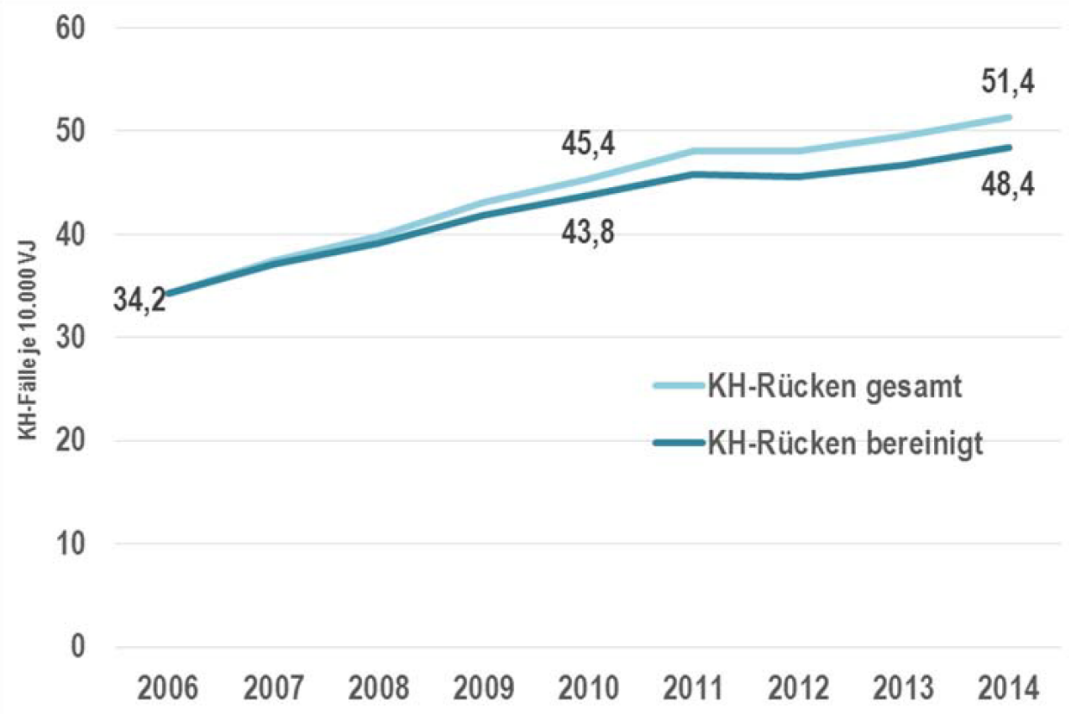


Quelle: OECD 2013

BARMER GEK

↗ ZUNAHME DER KRANKENHAUSFÄLLE WEGEN LUMBALER RÜCKENSCHMERZEN

- 2006 bis 2014: + 50,5 %
- bereinigt um demographische Effekte: + 41,5%

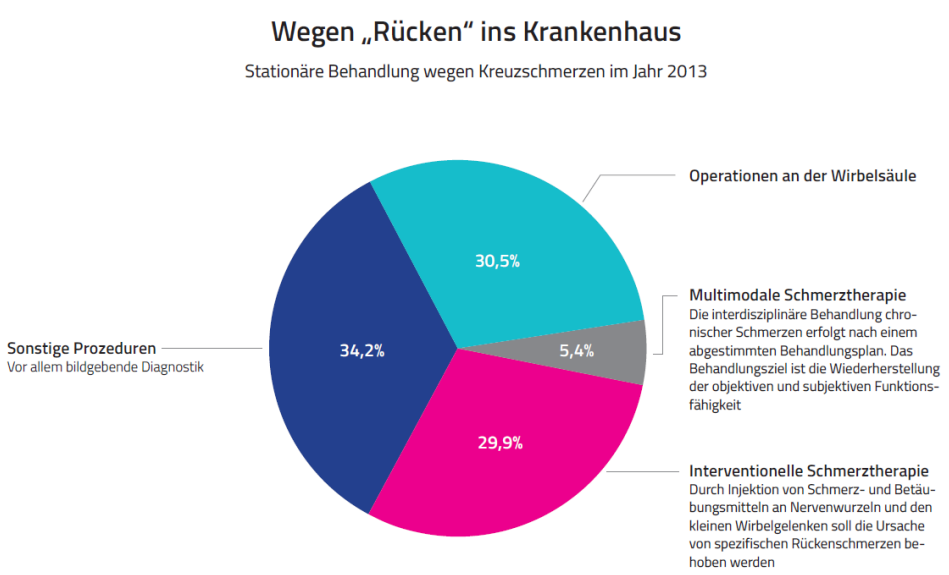


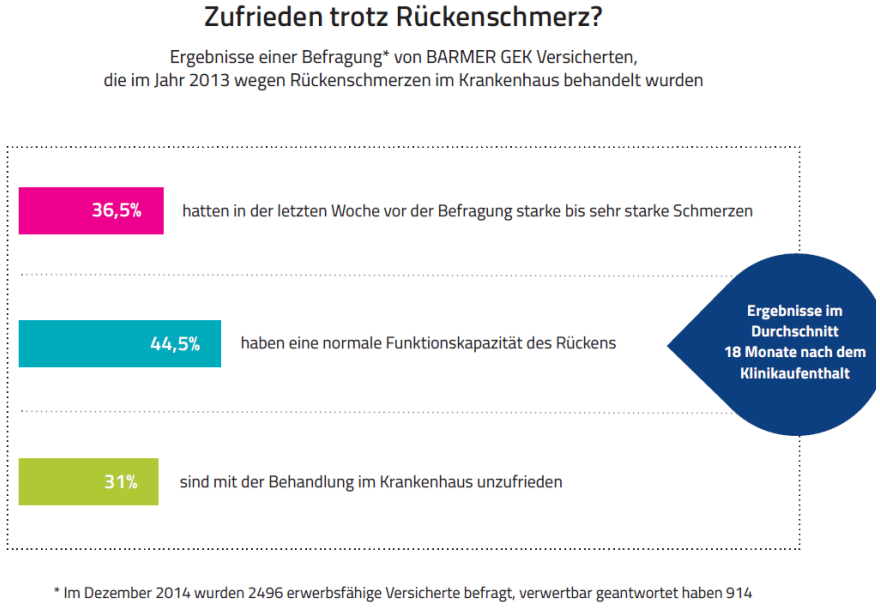
Quelle: BARMER GEK Krankenhausreport 2015

BARMER GEK

↗ KRANKENHAUSFÄLLE LUMBALE RÜCKENSCHMERZEN

- Ein Drittel der Behandlungen im Krankenhaus ohne spezifische Therapie.
- Geringe Zufriedenheitswerte auch bei OP oder interventioneller Schmerztherapie.

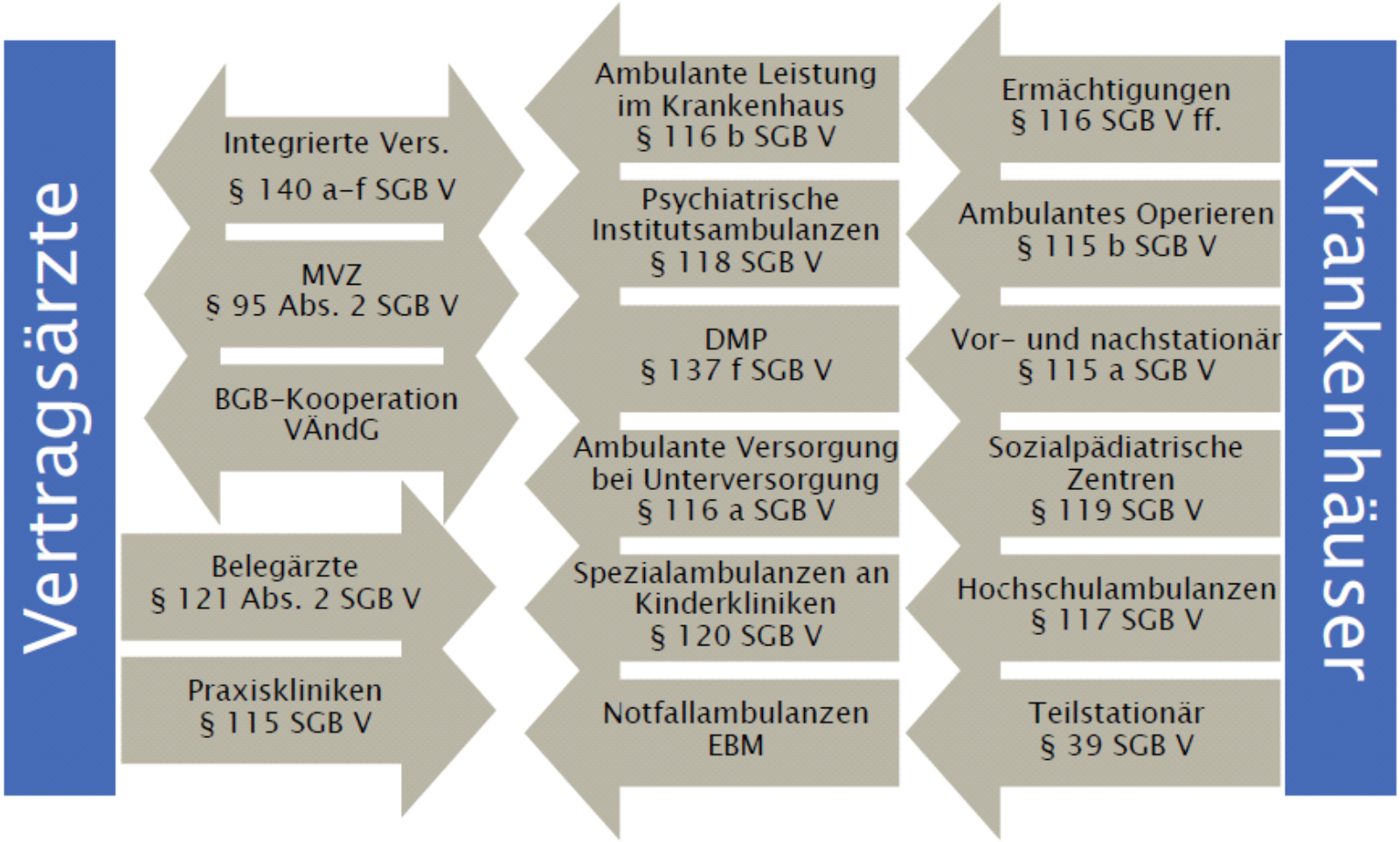




Quelle: BARMER GEK Krankenhausreport 2015

BARMER GEK

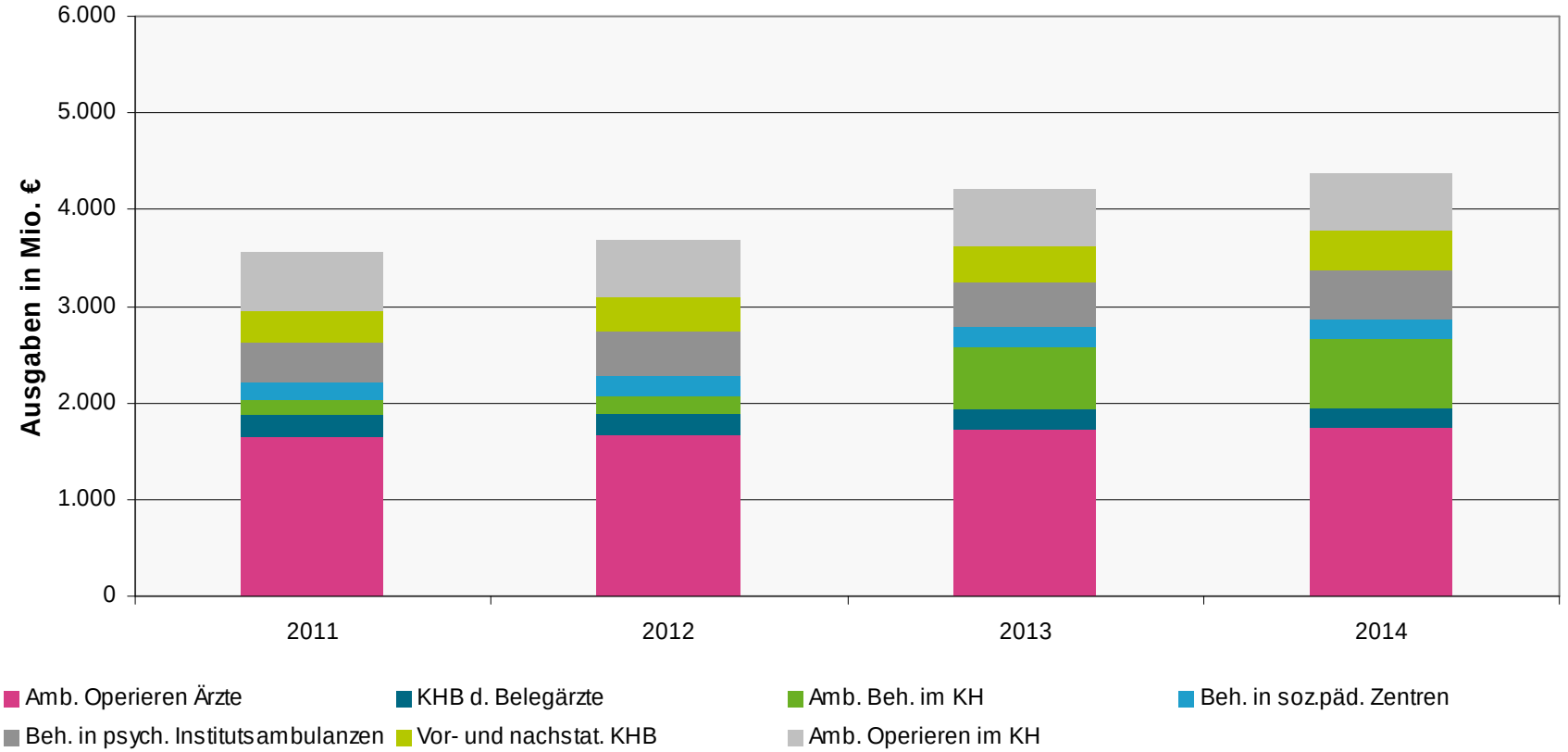
↗ Ambulant-stationärer Grenzbereich im SGB V



Quelle: Leber, GKV-SV

↗ Ausgabenanteil Sonderformen ambulante Beh.

- Ambulante Leistungen der Krankenhäuser machen rd. 4% der Krankenhaus-Ausgaben aus.
- Ca. drei Viertel aller ambulanten Operationen werden durch niedergelassene Ärzte erbracht.



Quelle: eigene Darstellung nach KJ1

BARMER GEK

AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

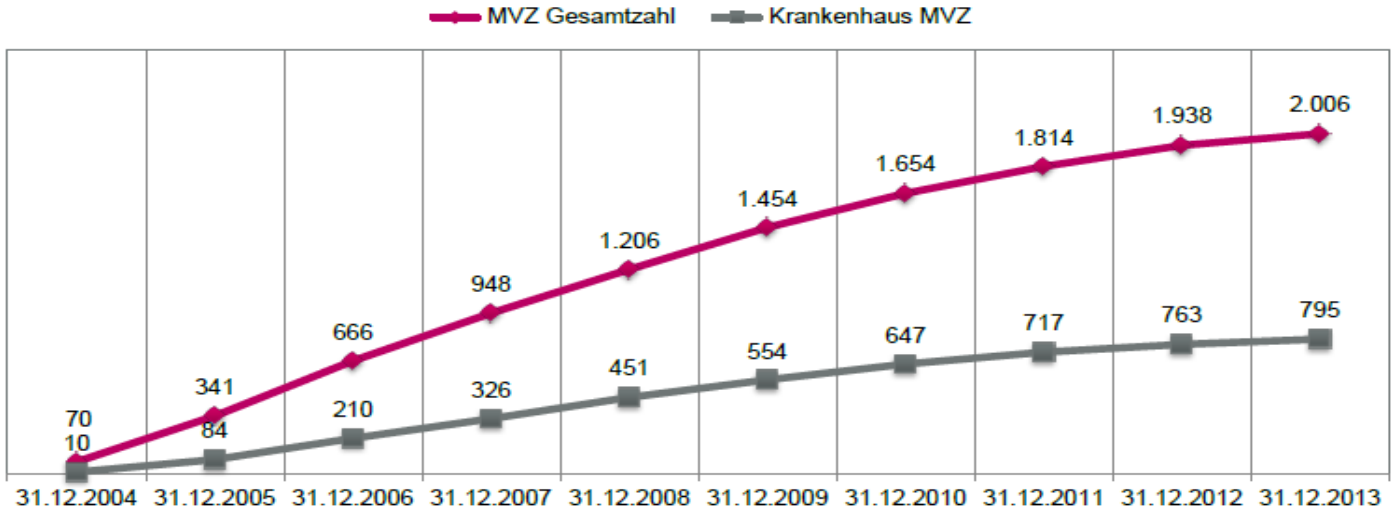
5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

7 Fazit und Ausblick

↗ Medizinische Versorgungszentren (MVZ; § 95 SGB V)

- Seit 2004: Fachübergreifende Einrichtungen unter ärztlicher Leitung
- Möglichkeit des Zusammenschlusses von Vertragsärzten sowie angestellten Ärzten unter einem KV-Sitz
- Idee: Ambulante ärztliche Versorgung vernetzt „unter einem Dach“ (Bsp. POLIKUM Berlin)
- Seit 2011 gesetzl. Präzisierung: Trägerschaft nur durch zugelassene Leistungserbringer (z.B. Vertragsärzte oder Krankenhäuser)
- Mögliche Rechtsformen: Personengesellschaft, Genossenschaft, GmbH
- Bundesweit ca. 2.000 MVZ mit ca. 12.800 Ärzten/innen, davon ca. 11.400 angestellte; Durchschnitt 6,4 Ärzte je MVZ)



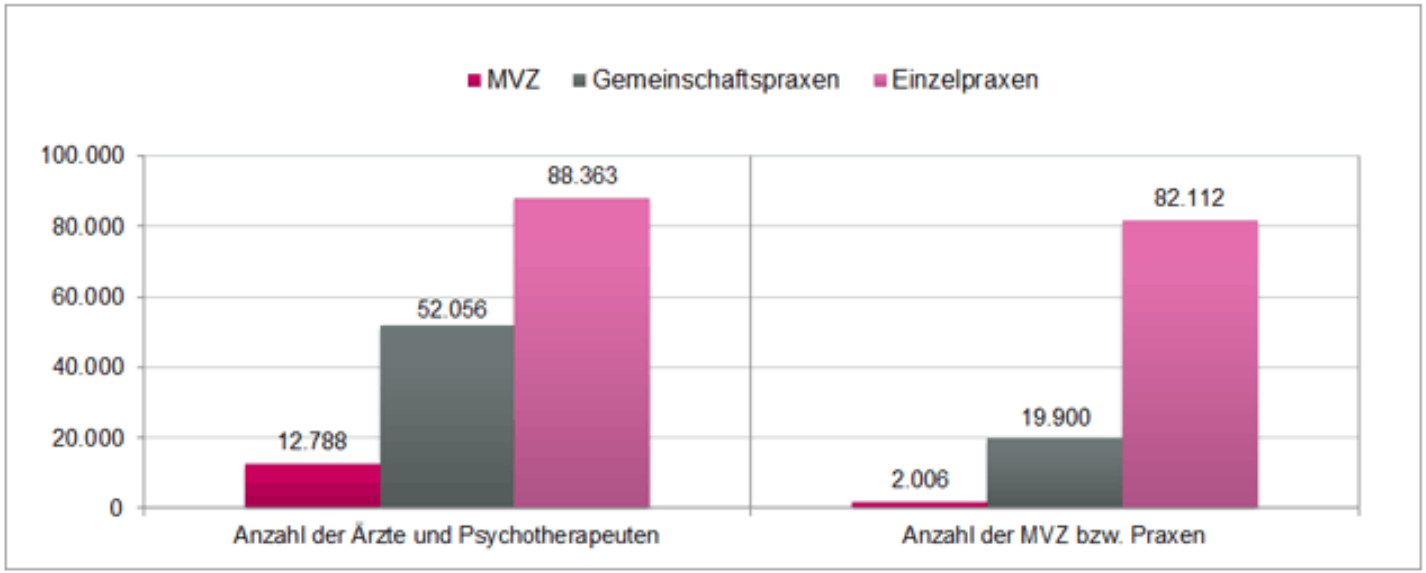
Quelle: KBV Statistik 21.12.2013

BARMER GEK

↗ Vertragsarztrechts-Änderungsgesetz 2007

Flexibilisierung der ärztlichen Berufsausübung:

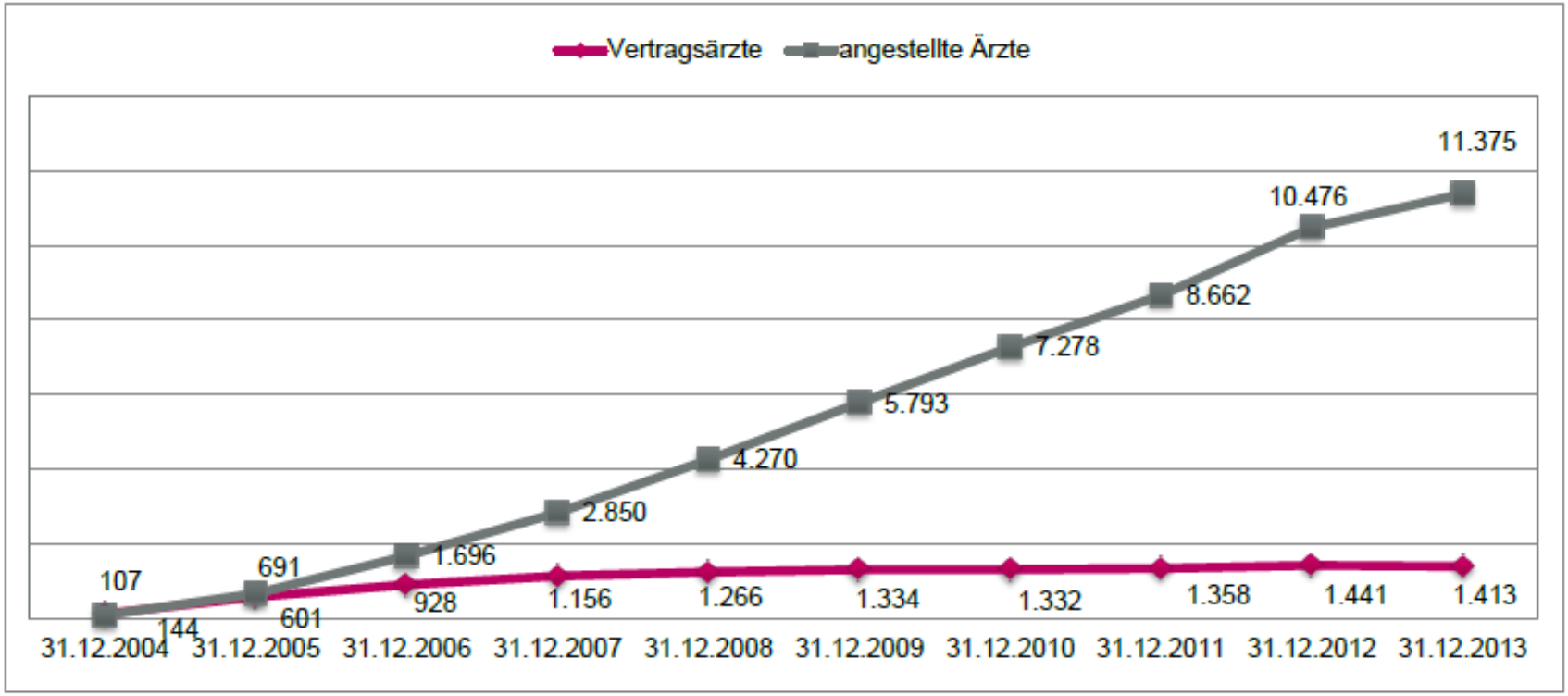
- Anstellung von Ärzten in Vertragsarztpraxen
- Erteilen von Teilzulassungen
- Gleichzeitige Tätigkeit als Krankenhausarzt und Vertragsarzt
- Zweigpraxen
- ausgelagerte Praxisräume
- Berufsausübungsgemeinschaften (früher „Gemeinschaftspraxen“) nicht ortsgebunden (aus über Landesgrenzen hinweg möglich)



Quelle: KBV Statistik 21.12.2013

BARMER GEK

↗ Art der ärztlichen Berufsausübung in MVZ



Quelle: KBV Statistik 21.12.2013

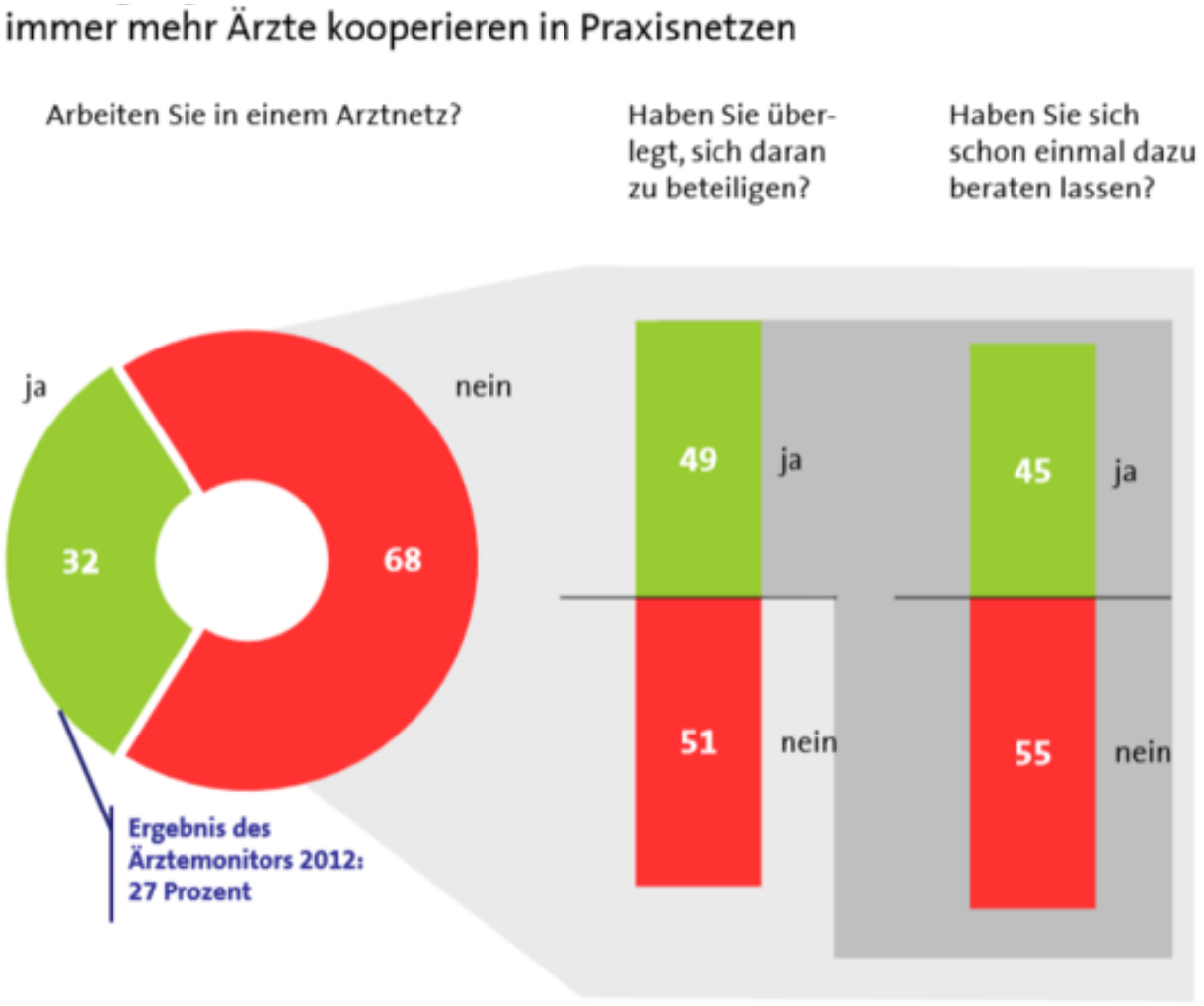
BARMER GEK

↗ Kooperative Versorgungsformen im ambulanten ärztlichen Bereich

Arztnetze (= Praxisnetze):

- Zusammenschluss von Vertragsärzten praxisübergreifend.
- bundesweit ca. 400 Arztnetze, unterschiedliche Entwicklungsstufen; nach div. Schätzungen ca. 60 „qualitativ hoch entwickelt“.
- Ein Netz besteht i.d.R. aus 50 bis 100 Praxen unterschiedlicher Fachrichtungen (Haus- und Fachärzte). Häufig gemeinsames Netzmanagement (z.B. Geschäftsführung).
- Ziele: u.a. Fachübergreifende und sektorübergreifende Vernetzung (auch zu Krankenhäusern), „Einkaufsgemeinschaften“, gemeinsame „Qualitätsentwicklung“, Strukturen (z.B. Schulung), Selektivverträge / Integrierte Versorgung mit Kassen etc.
- Seit 2011 Möglichkeit für KVen, Arztnetze besonders zu honorieren (§ 87b SGB V; Kriterien sind in einer Richtlinie der KBV festgelegt)

↗ Beteiligung an Ärztenetzen



Quelle: infas, Ärztemonitor 2014; n=8.079

BARMER GEK

AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

7 Fazit und Ausblick

↗ Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

Historie § 116b SGB V:

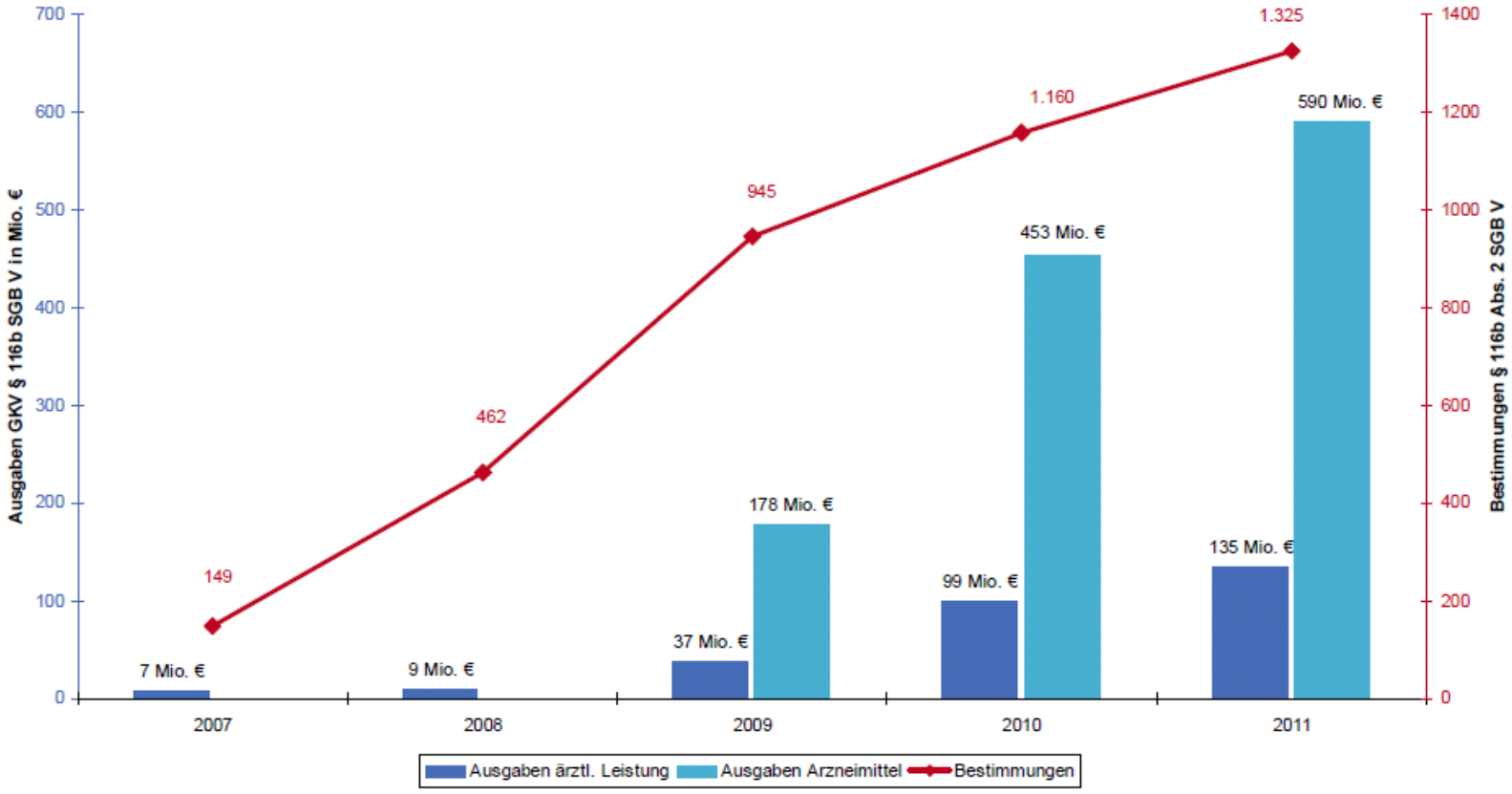
- 2003: Möglichkeit der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser bei hochspezialisierten Leistungen durch Selektivverträge mit Kassen
  - geringe Umsetzungsbereitschaft (u.a. Bereinigungsproblematik)

- 2007: Zulassungsanspruch der Krankenhäuser; Bestimmung durch Länder
  - schnelle Ausweitung (reg. unterschiedl.)
  - Widerstand der niedergelassenen Ärzte

- 2012: Ausweitung auf ambulante Vertragsärzte. (Ambulante spezialfachärztliche Versorgung) Ziel: Schaffung eines **sektorverbindenden** Versorgungsbereichs (Bildung interdisziplinärer Teams KH/Ärzte)

BARMER GEK

↗ § 116b – Bestimmungen und Ausgabenvolumen



Quelle: Ausgaben ärztl. Leistung 2007 bis 2010 lt. KJ 1, 2011 lt. KV 45; Ausgaben Arzneimittel: Hochrechnung des GKV-SV; Bestimmungen: Umfrage des GKV-SV 01/2012 (nach Leber 2012)

BARMER GEK

↗ Ambulante Spezialfachärztliche Versorgung (ASV)

- ASV umfasst die Diagnostik und Behandlung komplexer, schwer therapierbarer Krankheiten, die je nach Krankheit eine spezielle Qualifikation, eine interdisziplinäre Zusammenarbeit und besondere Ausstattung erfordern.
- Richtlinie im G-BA konkretisiert Voraussetzungen etc. (seit März 2013 in Kraft)
- Erarbeitung krankheitsspezifischer Regelungen im zweiten Schritt. (s.u.)
- Übergangsregelung für alte Bestimmungen: max. 3 Jahre (VSG)
- Rücknahme der Einschränkung auf schwere Verlaufsformen bei onkologischen und rheumatologischen Erkrankungen

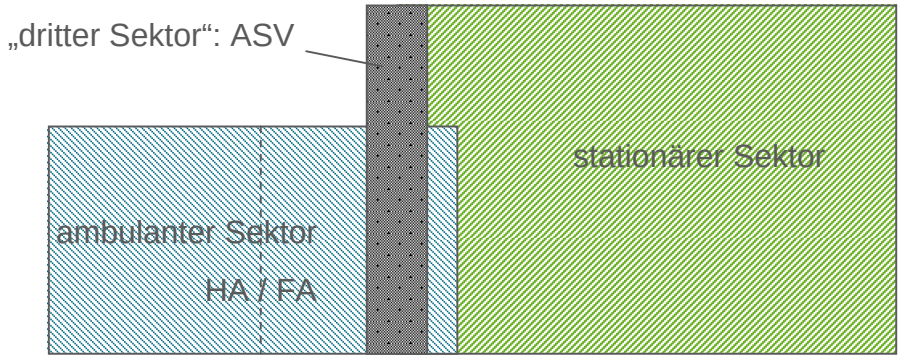
neu durch VSG 7/2015

Zu schweren Verlaufsformen von Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen:	Zu seltenen Erkrankungen:
▪ Gastrointestinale Tumoren / Tumoren der Bauchhöhle (seit 7/2014 in Kraft) ▪ Gynäkologische Tumoren (Beschlüsse vom 22.1. und 18.6.2015, noch nicht in Kraft) ▪ Rheumatologische Erkrankungen ▪ Herzinsuffizienz	▪ Marfan-Syndrom (seit 30.6.2015 in Kraft) ▪ Pulmonale Hypertonie ▪ Mukoviszidose ▪ Primär sklerosierende Cholangitis

↗ BEWERTUNG ASV

zahlreiche Problemfelder …

- keine Bedarfsorientierung / Zugangsregelungen
- Budgetbereinigung! nur im ambulanten Bereich vorgesehen (Verlagerung stationärer Leistungen?)
- keine Abgrenzung zu ambulanten bzw. stationären Regelleistungen führt zu Doppelstrukturen und „Verschiebeproblematik“ (aktuell noch verschärft durch Hochschulambulanzen)
- Ausweitung des Verbotsvorbehalts auf ambulante Leistungen
- keine Steuerungsregelungen (insb. Arzneimittel)
- getrennte Abrechnungswege niedergel. Ärzte/KH
- etc.



AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

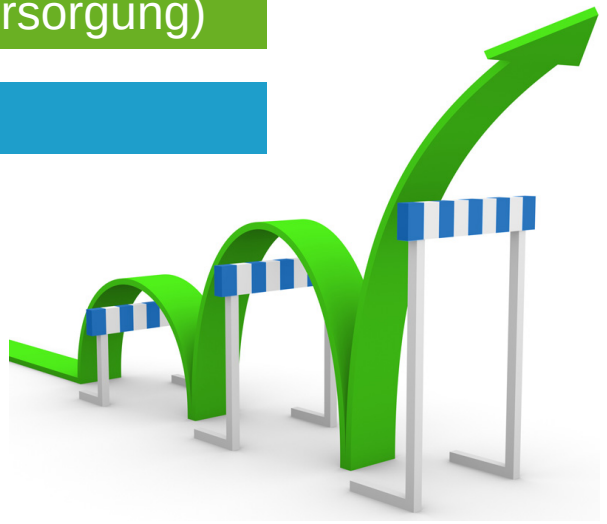
3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

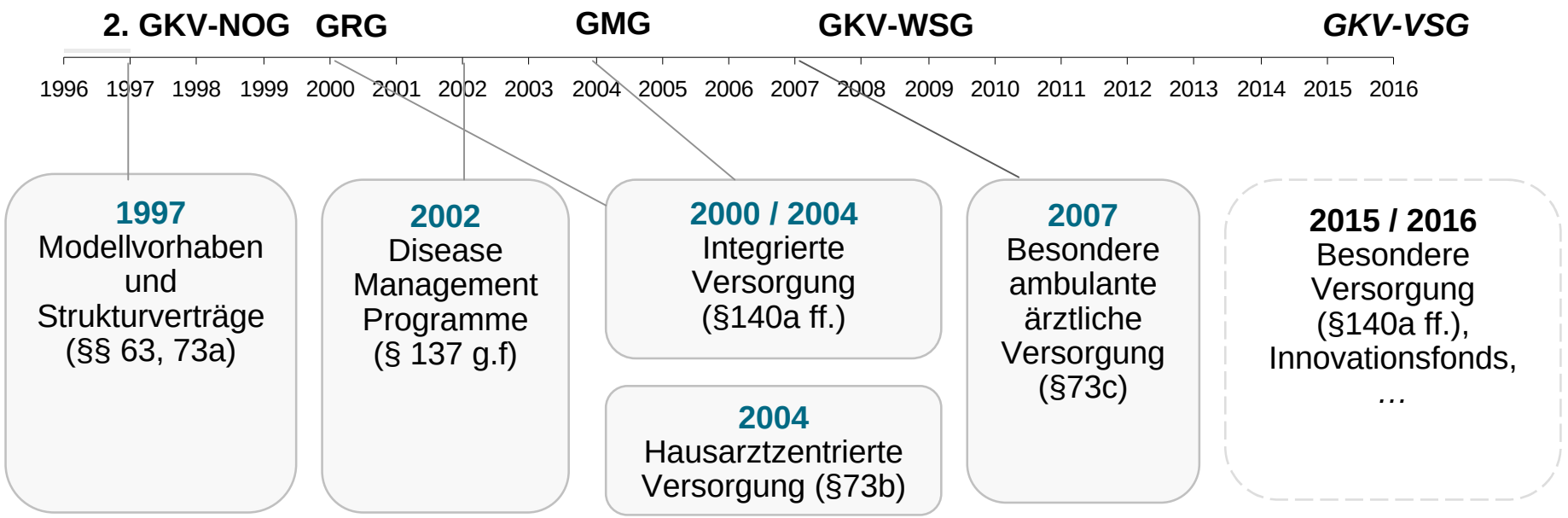
6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

7 Fazit und Ausblick



↗ NEUE VERSORGUNGSFORMEN IN DER GKV

Bisherige Entwicklung und Ausblick



Management-
unterlagen
DMP
STRUKTUR-
VERTRÄGE
Starke Konjunktur
für Integration
Vertragszahl und Anschubfinanzierung
von 2005 bis 2008
613
(237 Mio. €)
1913
(446 Mio. €)
3309
(571 Mio. €)
5069
(766 Mio. €)
6183
(803 Mio. €)
Anfang 2005
Ende 2005
Ende 2006
Ende 2007
Ende 2008

BARMER GEK

↗ VERSORGUNGSFORMEN: STATUS QUO

Versorgungsformen in der GKV	GKV-Ausgabenvolumen in 2013
Hausarztzentrierte Versorgung (§73b SGB V)	**646 Mio. €**
Besondere ambulante ärztliche Versorgung (§73c SGB V)	**98 Mio. €**
Disease Management Programme (§137f SGB V)	**953 Mio. €**
Integrierte Versorgung (§140a SGB V)	**1,45 Mrd. €**
GESAMT	**> 3 Mrd. €**

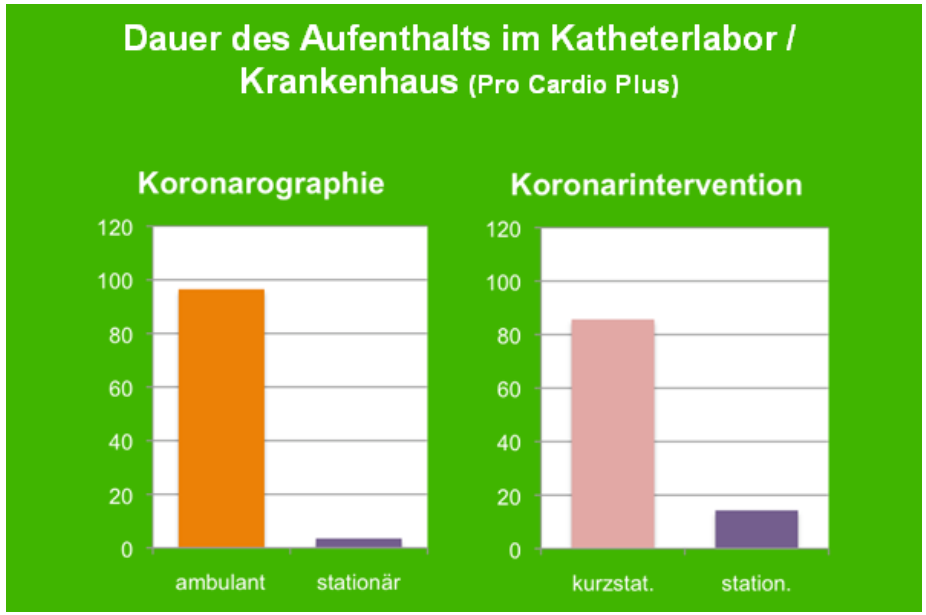
SELEKTIVVERTRÄGE DER BARMER GEK (§§ 140a-d, 73a, 73c SGB V)

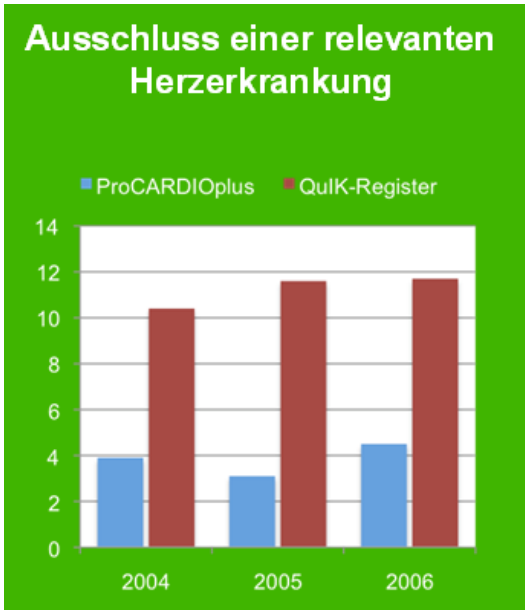
Versorgungsbereich	Anzahl Verträge
Endoprothetik (Hüfte, Knie)	55
Ambulantes Operieren	32
Kardiologie	25
Onkologie	25
Augenerkrankungen	20
HNO (Kinder)	18
Hautkrebsvorsorge	12
Versorgungsnetze	10
Diabetes / Diabetischer Fuß	10
Psychische Erkrankungen	9
Rheuma	7
Parkinson	6
Homöopathie	5
Rückenerkrankungen	5
Geriatrie	5
Wundversorgung	4
Schlaganfall	4
Kinder-Palliativmedizin	3
Osteoporose	2
Neurochirurgie	2

Versorgungsbereich	Anzahl Verträge
Suchterkrankungen	2
Pädiatrische Erkrankungen	2
Muskelschwäche bei Kindern	1
Extremitätenchirurgie	1
ADHS	1
Asthma/COPD	1
HNO (Cochlea-Implant)	1
Kopfschmerz/Migräne	1
Polysomnographie	1
Mammadiagnostik	1
Gefäßerkrankung	1
Nephrologie	1
Neurologie	1
Stoffwechselerkrankung	1
Mukoviszidose	1
Hämophilie	1
Epilepsie	1
Behindertenversorgung	1

↗ Beispiel Integrierte Kardiologische Versorgung

- Gestufte Versorgung Hausarzt – konv. Kardiologie – interventionelle Kardiologie – Klinik nach def. Behandlungspfad
- Indikation und „Kontraindikation“ bei interventionellen Leistungen (Koronarangiographie, PCI, Stent) leitliniengerecht anwenden
- ambulant / „kurzstationär“ vor stationär
- Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement sektorübergreifend (QUIK Register)

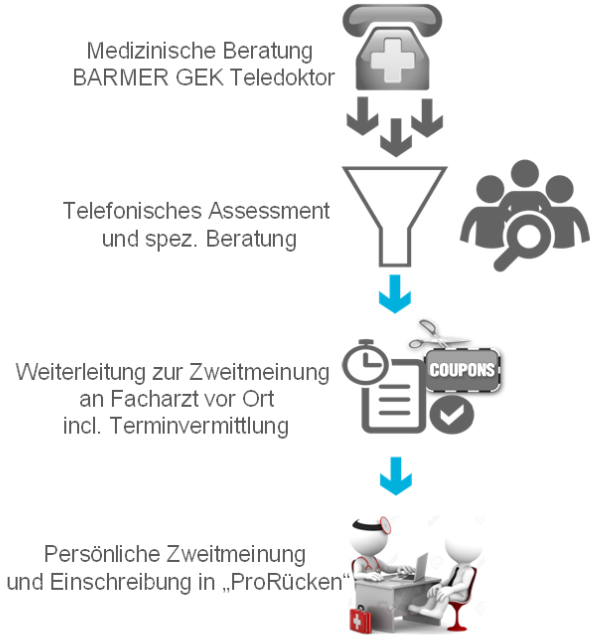




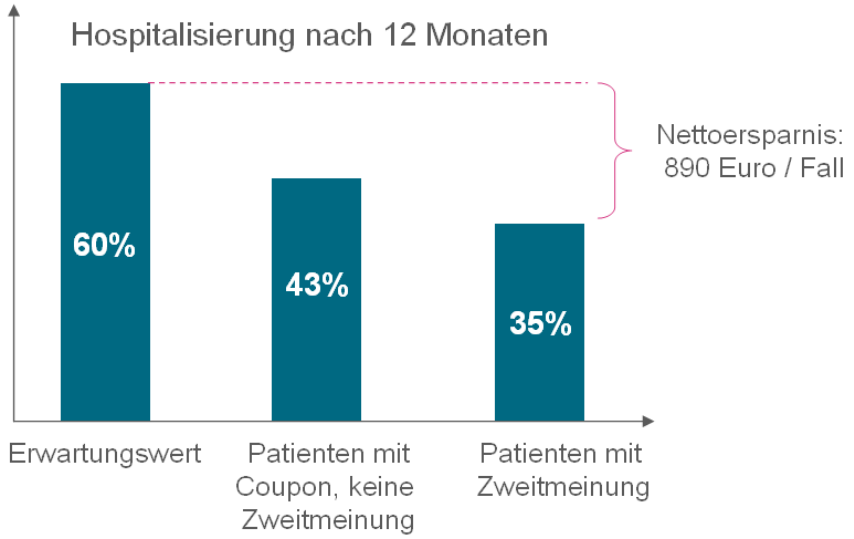
↗ Beispiel „ProRücken“

- Gestufte leitliniengerechte Versorgung (Nat. Versorgungsleitlinie)
- Behandlungspfad -> Hausarzt, Orthopäde, Schmerztherapeut, ggf. Psychotherapeutische Intervention, Trainingstherapie
- rund 150 regionale Netzwerke (Ärzte, Therapiezentren) mit zentraler Steuerung FPZ AG
- Ziele: Aktivierung der Patienten; Reduzierung vermeidbarer OPs und langer AU-Zeiten
- Patientensteuerung: AU-Fallmanagement und ärztl. Zweitmeinung
- Qualitätsmanagement und Ergebnisorientierung

Übersicht Prozess Zweitmeinung



Ergebnisse Zweitmeinung



BARMER GEK

↗ Integrierte Versorgung: Entwicklung § 140a

Reform des § 140a 2004: Einführung der Anschubfinanzierung, Lösung von KV-Rahmen

- Sprunghafter Anstieg kassenspezifischer Verträge
- anfangs hohe Erwartungen bei vielen Ärzten / Krankenhäusern; „Offensiver Umgang“ mit Anschubfinanzierung
- Anfangs Schwerpunkt auf KH / Reha (Endoprothetik, Kardiochirurgie)
- Ab 2005 flächendeckende Hausarztverträge (anstatt § 73b)
- Klagen der KVen gegen Anschubfinanzierung: BSG-Urteile Feb. 2008

Wegfall der Anschubfinanzierung ab 2009

- Folge: kritische Überprüfung der Verträge bei den Kassen: ca. 1/3 werden gekündigt (geringe Fallzahlen etc.)
- BVA-Vorlagepflicht seit 01.01.2012 führt zu streng formalrechtlicher Prüfung von Vertragsdetails, z.B. zwingender Regelleistungsersatz (s. BSG 2008)

GKV VSG ab 7/2015

- § 140a neu: besondere Versorgungsformen
- Entbürokratisierung, z.B. Wegfall Regelleistungsersatz

↗ ab 2016 geplant: INNOVATIONSFONDS

Krankenkassen
150 Mio. Euro

Gesundheitsfonds
(Liquiditätsreserve)
150 Mio. Euro

Innovationsfonds (Fördersumme: 300 Mio. Euro im Jahr*)

Versorgung
(Fördermittel: 225 Mio. Euro*/**)

Versorgungs-forschung
(Fördermittel:
75 Mio. Euro*/***)

Antragsteller

Antragsteller

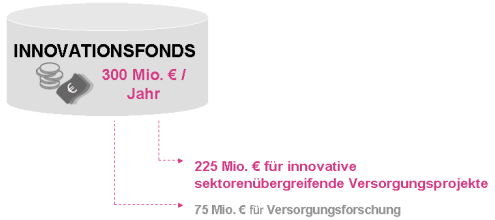
Krankenkassen**** und ihre Verbände	Vertragsärzte Zugelassene MVZ KVn	Krankenhäuser LKGn	Pharmazeutische Unternehmen	Hersteller von Medizin-Produkten	Forschungseinrichtungen

Patientenorganisationen

* Abzüglich der Verwaltungskosten des Innovationsausschusses und seiner Geschäftsstelle sowie des Expertenbeirats und des BVA.
** Keine Finanzierung von Leistungen der Regelversorgung. Von der Verteilung zwischen Versorgung und Versorgungsforschung kann abgewichen werden (im Einzelfall und generell).
*** Die Mittel können auch für bestehende Projekte oder Forschungsvorhaben zur Weiterentwicklung und Evaluation von Richtlinien des G-BA eingesetzt werden.
**** Eine Krankenkasse ist *in der Regel* bei der Antragstellung zu beteiligen.

↗ INNOVATIONSFONDS: MÖGLICHE INHALTE

Förderkriterien laut Gesetz:



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

In der Gesetzesbegründung werden die folgenden Förderschwerpunkte genannt:

- Telemedizin
- Versorgungsmodelle in strukturschwachen Gebieten
- Modelle mit Delegation und Substitution von Leistungen
- Auf- und Ausbau der geriatrischen Versorgung
- Modellprojekte zur Arzneimitteltherapiesicherheit bei multimorbiden Patienten

Die Festlegung der konkreten Förderschwerpunkte und Förderkriterien erfolgt in Förderbekanntmachungen durch den Innovationsausschuss.

AGENDA

1 Kurzer Überblick Deutsches Gesundheitssystem

2 Sektorübergreifende Bedarfsplanung?

3 Verlagerungspotenziale stationär -> ambulant?

4 Neue Formen ambulanter Berufsausübung (z.B. MVZ)

5 Ambulante Leistungen mit Krankenhäusern (z.B. ASV)

6 Selektivverträge im Wettbewerb (z.B. Integr. Versorgung)

7 Fazit und Ausblick

↗ FAZIT UND AUSBLICK

- Schnittstellenproblematik zwischen ambulanter und stationärer Versorgung ist weiterhin eine große gesundheitspolitische Herausforderung
- Ziel: Über-, Unter- und Fehlversorgung weiter reduzieren!
- Zahlreiche gesetzliche Initiativen in den letzten 20 Jahren („trial and error“)
- Quantitativ dominiert immer noch die stationäre und ambulante „Regelversorgung“ (> 90% des Versorgungsgeschehens); „Sonderformen“ (amb. OP, amb. Leistungen KH, Selektivverträge etc.) als Randbereiche
- Sektorübergreifende Bedarfsplanung noch in den Kinderschuhen
- Gleichwohl: wichtige Weichen für die Zukunft sind gestellt (z.B. VÄndG)

↗ Um Über-, Unter- und Fehlversorgung an den Grenzen zwischen ambulant und stationär nachhaltig zu adressieren, sind flankierende und konsequente Regelungen zur Steuerung der Angebotskapazitäten unvermeidbar.

VIELEN DANK!

Dr. Christian Graf
Abteilungsleiter Produktentwicklung, Versorgungsmanagement, Prävention
BARMER GEK Hauptverwaltung Wuppertal
christian.graf@barmer-gek.de