

Anforderungen der Kostenträger an innovative und nachhaltige Vertragsmodelle und Konzepte

Konzepte und Erfahrungen aus Sicht der Innungskrankenkassen

*Erste Deutsche Rabatt- und Direktvertragsbörse
Köln, 5.-7. Oktober 2009*

Rolf Stuppardt

Geschäftsführer IKK e.V.

- aus versorgungswissenschaftlicher Sicht:

Primärversorgung

Sekundär- / Fachärztliche Versorgung

- aus institutioneller Sicht:

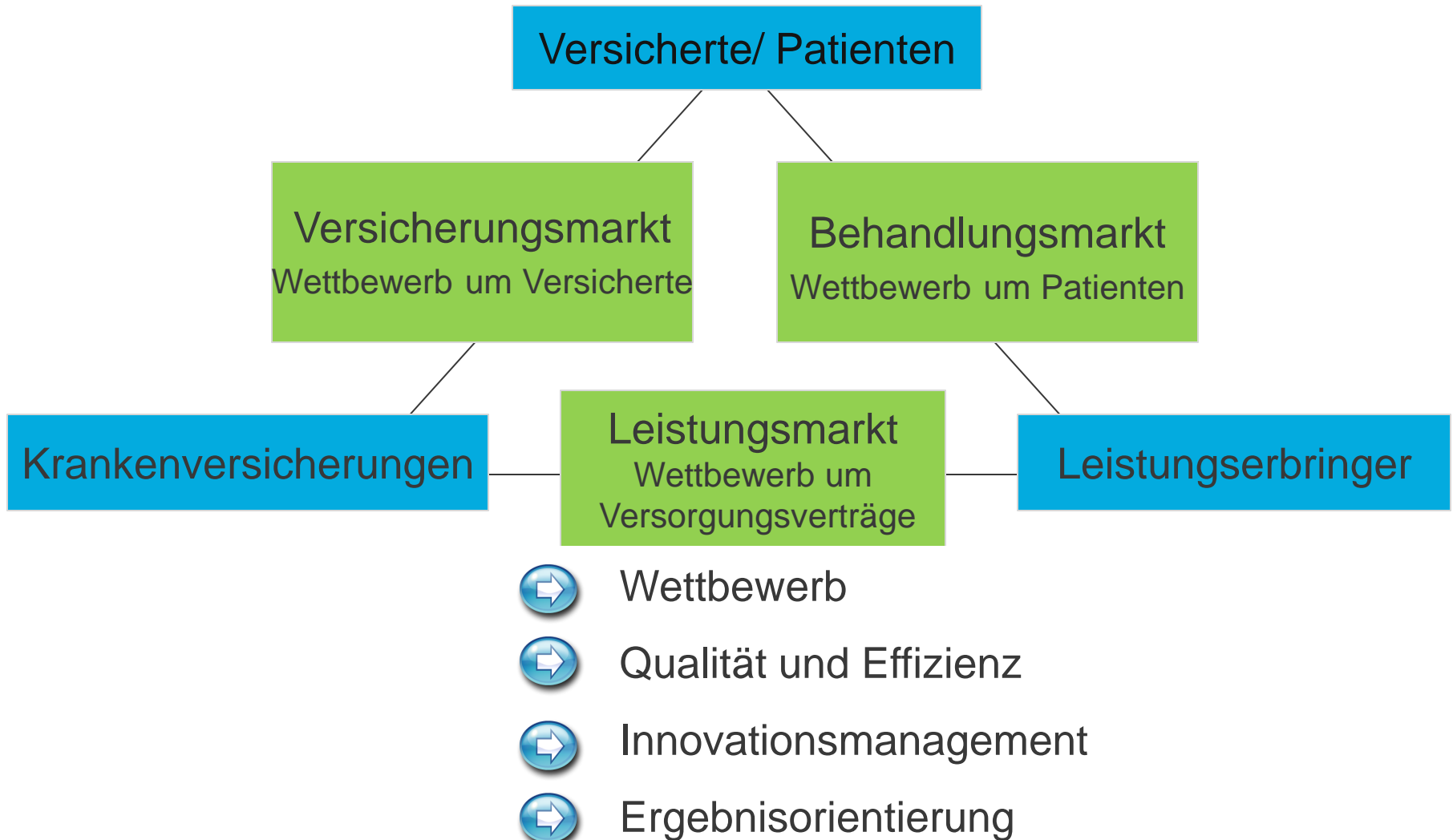
Ambulant / Vertragsärzte

Hausärztliche
Versorgung

Fachärztliche
Versorgung







Stationär / Krankenhäuser

Fachärztliche Versorgung



Anforderungen der Kostenträger an innovative und nachhaltige Vertragsmodelle und Konzepte:

Die Ausgangslage

-  Dominanz kollektiver Steuerungsstrukturen; zu wenig Wettbewerb um möglichst gute Leistungserbringer und umgekehrt um Versorgungsaufträge der Kassen
-  Technische Neuerungen und medizinischer Fortschritt werden oft als Kostentreiber gesehen.
-  Noch immer bestimmen Abschottung und Schubladendenken in sektoraler Bestandssicherung das Verhalten der Beteiligten.
-  Es fehlt ein transparentes, nutzenorientiertes Innovationsmanagement als Voraussetzung für Integration und Kooperation.
-  Wirkliche Innovationen gelangen zu spät in die Regelversorgung: zu lange Prozesse, zu geringe Nutzwertbetrachtung, zu wenig Evaluation
-  Der substitutive Charakter von Innovationen kommt zu wenig zum Tragen.

Anforderungen der Kostenträger an innovative und nachhaltige Vertragsmodelle und Konzepte: Forderungen der IKKen



Prozess-, Struktur- und Produktinnovationen müssen transparenter und schneller evaluiert werden, damit sie zeitnah, bedarfsgerecht und zu einem angemessenen Preis zur Verfügung gestellt werden können.



Ein nutzwertorientiertes Innovationsmanagement muss etabliert werden, um echte Innovationen zu identifizieren und schneller für die GKV/Versicherten verfügbar zu machen.



Es muss eine Innovationsplattform geschaffen werden, die die Grundlage modellhafter Versorgungsevaluationen sein kann.



Darüber hinaus sollte mit Hilfe eines Innovationsfonds eine Preis- und Vergütungssystematik gefunden werden, die eine angemessene, bedarfsgerechte und vertretbare Preis- und Honorarstellung ermöglicht.



Der Gesetzgeber muss bessere Voraussetzungen für individuelle Vertragsmodelle schaffen.

Wissenskompetenz




- Spezifische indikations- und produktbezogene Bedarfsanalyse
- Benchmarks, Risikobewertungen
- Ziel- und Erwartungswerte

Handlungskompetenz

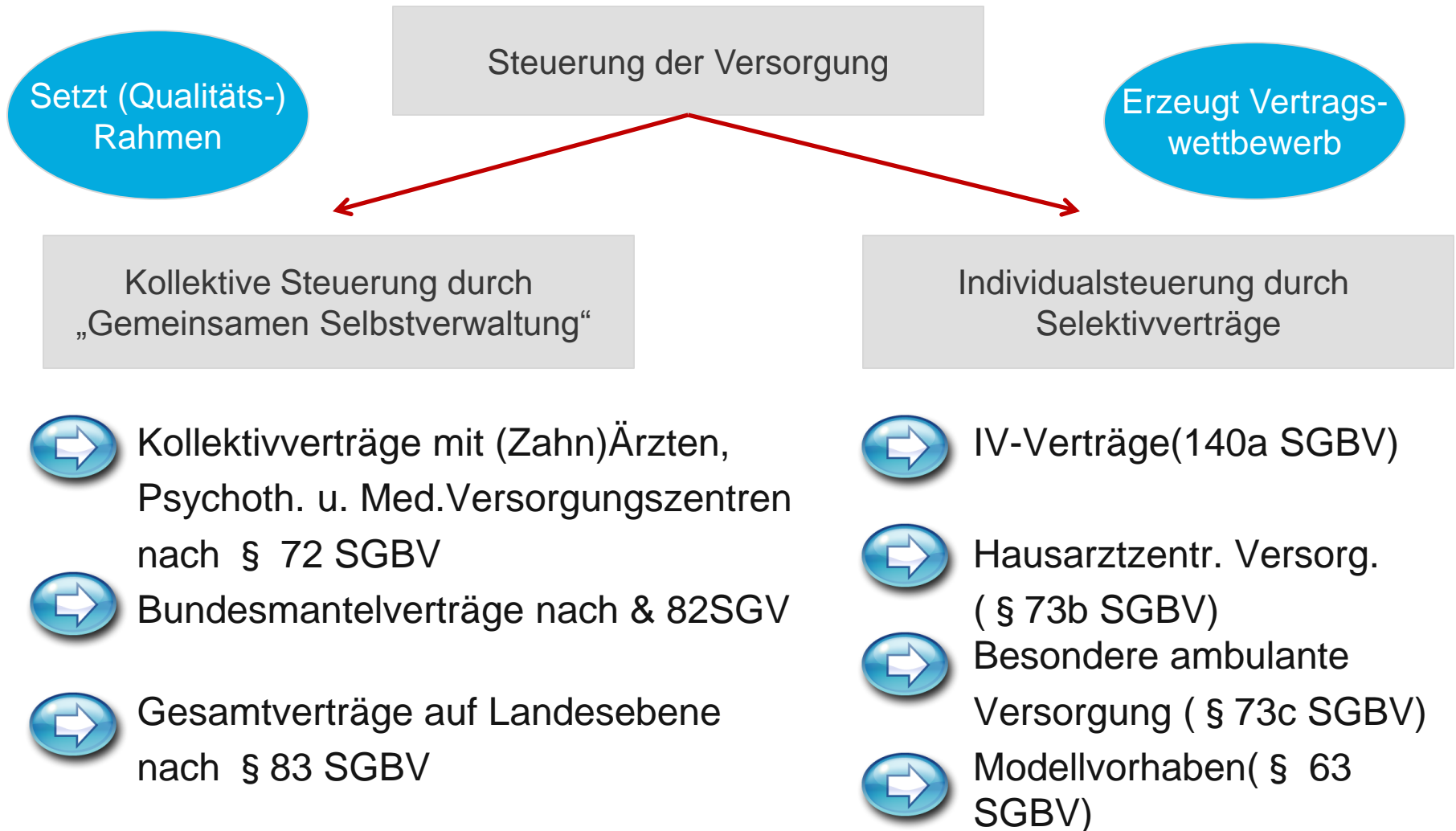
- Kooperative Logistik
- Kommunikationsstrategie
- Informations- und Beratungskompetenz
- Mengen- und Preissteuerung

Vertragskompetenz

- Partnerrelevanz
- Capitation-, Risk-sharing- oder Cost-sharing
- Pay-per-Performance und Mehrwertstrategie
- Qualitätsverträge
- ergebnis- und leistungsbezogene Vergütung

-  Einführung des Morbi-RSA in 2009 hat erhebliche Konsequenzen auf die Finanzsituation der Kostenträger
 - Bis 2008 waren chronische Krankheiten schlechte Risiken, da kaum Anreize für verbesserte Versorgungskonzepte bestanden
 - Seit 2009 werden für 80 chronische Krankheiten (106 hierarchisierte Morbiditätsgruppen) Zuschläge gezahlt, während die Pauschalen für Gesunde gesunken sind
-  Investitionen in innovative Versorgungskonzepte und Vertragsmodelle sind nun insbesondere für chronische Krankheiten finanziell äußerst lohnenswert
-  Innovative und nachhaltige Vertragsmodelle und -konzepte sind besonders attraktiv für jene Krankheiten, bei denen das höchste finanzielle Potential für die Optimierung der Deckungsbeiträge lokalisiert werden kann

Innovative Ansätze zur Vertragsgestaltung: Der legislative Rahmen





In **der Integrierten Versorgung** sind Preise und Lieferwege vertraglich vereinbar . Die Arzneimittelversorgung soll hier über Rabattverträge erfolgen.



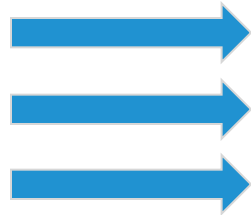
In der **Regelversorgung** sind Direktverträge zwischen Generikaherstellern und Krankenkassen als Rabattverträge für Wirkstoffe in großem Umfang bereits umgesetzt.



Rabattverträge für Substanzgruppen und für neuartige Medikamente stecken noch in den Anfängen, werden aber deutlich zunehmen.

Stand der Umsetzung von Rabattverträgen

Generikamarkt



110 Hersteller
186 Krankenkassen
7000 Verträge

Substanzgruppen



ja, wenn bereits
generischer Wett-
bewerb läuft

Innovationen



Einzelne Verträge

Innovative Ansätze zur Steuerung der Versorgung: Beispiel Arzneirabattverträge

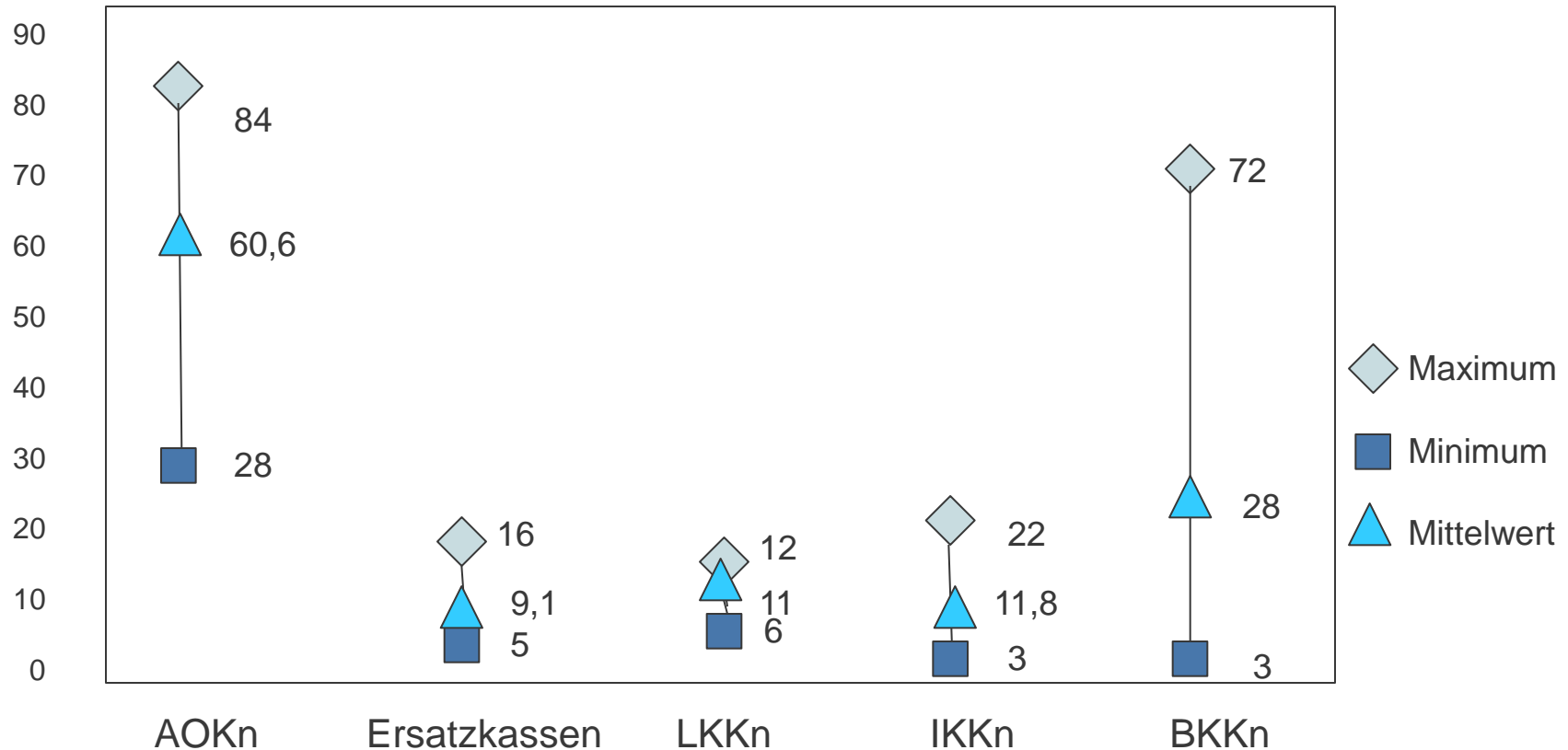


Die Innungskrankenkassen haben als eine der ersten Krankenkassen bereits seit 2006 Rabattverträge abgeschlossen.



Die in den letzten Jahren von nahezu allen Innungskrankenkassen als Sortimentsverträge mit rund einem Dutzend preisgünstigen generischen Anbietern geübten Verträge werden derzeit an die neuen gesetzlichen Vorschriften angepasst (Ausschreibung von Wirkstoffen)

Anzahl Rabattvertragspartner einzelner Kassenarten



Quelle: Schumacher/Busse/Gwaltig/Greiner in DIE KRANKENVERSICHERUNG 06/09

Innovative Ansätze zur Steuerung der Arzneimittelversorgung: Beispiel Zytostatika

Bisher wurden noch kaum **Preisvereinbarungen zwischen Krankenkassen und Apotheken für Zytostatika nach 129 Abs. 5** geschlossen. Kassen kannten nicht die zugrundeliegenden Mengen, Apotheken konnten nicht direkt mit der Arzneimittelherstellern Rabattverträge aushandeln. Durch die 15. AMG-Novelle werden alle Marktpartner in der Zytostatikaversorgung gleichgestellt.



Lassen sich die erwarteten Einkaufsvorteile realisieren? Wo liegt der Anreiz für Krankenhausapotheken und Offizien, bisher verdeckt geflossene Rabatte in Einkaufsvorteile für die Kassen zu transformieren?



Technische Lösungen werden erst zu Jahresanfang 2010 greifen.

Innovative Ansätze zur Steuerung der Versorgung: Integrierte Versorgung

Selektive Verträge für Produkte und Versorgungsleistungen

A

Rabattverträge



rd. 7000 Verträge

B

Integrierte Versorgung/MVZ

C

Hausarztverträge

D

(DMP)

rd. 6400 Verträge

Vorteile:

- Individuelle Positivlisten einsetzen
- Versandhandel nutzen
- Rabattverträge anwenden, ggf. Mehrwertverträge schließen

Innovative Ansätze zur Steuerung der Versorgung: Beispiele aus Ikken



Individuelle Versorgungen als Konzept der Zukunft werden auch in den IKKen in großer Anzahl umgesetzt.

Im IKK-System gibt es IV-Verträge zu:

Adipöse Kinder, Burnout, Diabetischer Fuß, Depression, Herzerkrankungen, Kardiologie, Kopfschmerzen, Krebserkrankungen, Mukoviszidose, MS, Palliativmedizin für Kinder und Erwachsene, Rheuma, Schlaganfall, Versorgung in Pflegeheimen

Allein die Signal Iduna hat 25 IV Verträge, die IKK Thüringen 12 IV Verträge, die IKK Niedersachsen 14 IV Verträge. Auch nach Auslaufen der Anschubfinanzierung werden noch neue Verträge geschlossen.

Vielfalt an Vertragspartnern in den einzelnen Verträgen, z.B.

IV Rheuma – Kooperation mit Hausärzten, internistischen Rheumatologen, Rheumazentrum Hannover e.V., Medizinische Hochschule Hannover, Rheuma-Liga Niedersachsen e.V. (Einrichtung einer speziellen Frühsprechstunde für IKK-Versicherte)

IV-Rückenschmerz – Raum Osnabrück mit Hausärzterverband Niedersachsen, Forum Orthopädie Osnabrück, MVZ am Marienhospital, Parkklinik Bad Rothenfelde (Ziel: effiziente Versorgungssteuerung der Versicherten)

Behandlungsmodell für kurzstationäre Therapie – Vertrag zur integrierten Versorgung der IKK NS beinhaltet 60 verschiedene OP-Bereiche aus den FB Orthopädie und Chirurgie

IV-Klassische Homöopathie – Vertrag mit dem Deutschen Zentralverein homöopathischer Ärzte bei Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen, Erstanamnese, Folgeanamnese, Arzneiauswahl, homöopathische Analyse und Beratung



Die 15. AMG Novelle schaffte neue Möglichkeiten der Kooperation zwischen Krankenkassen, Unternehmen, Apotheken und Dienstleistern, die in besonderen Versorgungsformen eingesetzt und zunehmen werden.



Kollektive- und Individualsteuerung, Preis- und Qualitätswettbewerb sind keine gegensätzlichen, sondern sich ergänzende Ansätze. Sie müssen in einem Gesamtkonzept widerspruchsfrei miteinander verzahnt werden. Auch die kollektiv-vertragliche Ebene braucht neue Anreize (z.B. Zuschläge für gute, Abschläge für schlechte Qualität).







Der Zwang zum Abschluss von Hausarztverträgen und das Monopol des Hausärzteverbandes zum Abschluss von Hausarztverträgen nach § 73b widerspricht der Logik des Wettbewerbs und muss fallen.

A circular icon with a blue gradient and a black border, containing two black arrows that form a clockwise loop.

Die Sektor-übergreifende Versorgung wird weiter ausgebaut werden. Hierüber besteht weitgehend gesellschaftlicher Konsens.

Alle relevanten politischen Kräfte fordern in ihren Positionspapieren die Weiterentwicklung von ganzheitlichen, vernetzten Versorgungsstrukturen.

-  Indikationsbezogene Verträge lösen populationsbezogene Konzepte ab
-  Vergütung: Fallkomplexpauschale oder „pay for performance“ (Leistungs- und Ergebnisanreize)
-  Ausschreibung von IV-Verträge
-  Die Anwendung des europäischen Vergaberechtes auf Verträge mit einem hohen Dienstleistungsanteil ist kontraproduktiv. Die Versorgungsnähe muss gewährleistet bleiben.

Wie geht es weiter?

Das Kernanliegen der IV-Vertragsmodelle, die Überwindung von Sektoren, ist nach wie vor ein wichtiges Versorgungsziel. Darüberhinaus aber brauchen wir flächendeckend neue Prozess- und Kommunikationsstrukturen:



Mehr Versorgungsmanagement als ein Denken in ganzheitlichen Prozessketten. Neue Formen des Managements, bessere (Fall)-Steuerung (keine Wartezeiten für Versicherte)



Verbesserung der Transparenz, Spezifizierung der Analyse



Neue Technologien zur Steuerung der Versorgungsprozesse, Elektronische Patientenakte, Telemedizin werden Bausteine in künftigen Versorgungsverträgen sein.



Die Gesundheitswirtschaft wird betriebs- und volkswirtschaftlich an Bedeutung gewinnen; Branchentrend: Von der Konfrontation zur strategischen win-win-Kollaboration



Innovationen müssen als Investitionen begriffen werden und benötigen ein aktives Innovationsmanagement mit neuen Vertrags- und Preisinstrumenten



Einzelverträge erhalten höheren Stellenwert. Deshalb wird sich die Nachfragemacht bündeln müssen. Hier sind neue kassenübergreifende Kooperationsformen – jenseits von Fusionen – auf dem Vormarsch.

Vielen Dank!

Rolf Stuppardt
Geschäftsführer

IKK e.V.
Hegelplatz 1
10117 Berlin

030-202491-16
Rolf.stuppardt@ikkev.de