

Worum geht es im GMG?

... um mehr Effizienz

**Öffnung der Krankenhäuser
für die ambulante onkologische Patientenversorgung**

16. Juni 2004

Dr. h.c. Herbert Rebscher

**Stellv. Vorsitzender des Vorstandes
der Deutschen Angestellten-Krankenkasse**

a

**DEUTSCHE
ANGESTELLTEN
KRANKENKASSE**

Widersprüche der aktuellen Versorgung

- ✓ **Unkoordinierte technische und personale Infrastruktur auf allen Ebenen unseres Versorgungssystems**
- ✓ **"doppelt besetzte Facharztstruktur" (Prof. Hoppe, Präsident der Bundesärztekammer), speziell im ambulanten und stationären Sektor**
- ✓ **Streng sektorale Trennung, unterlegt mit sektoralen Budgetvorgaben und "sektoraler Wirtschaftlichkeitsprüfung"**
- ✓ **Fehlendes definiertes Ziel (Endpunkt) für Versorgungsoptimierung und wirtschaftliches Handeln**
- ✓ **Gefahr: ökonomische Anreize in den Sektoren (Auslastungsstrategien) überlagern den medizinisch sinnvollen Ressourceneinsatz**
- ✓ **Einzelkämpfertum und niedrige Nutzungsfrequenzen komplexer technischer Einrichtungen provozieren Fragen nach der Qualität der Versorgung**

Argumente für Integration der Abläufe

- ✓ **Medizinisch qualitative Konzentration auf ein Patientenproblem**
- ✓ **Kontinuität der Versorgungsabläufe ohne zeitliche und inhaltliche Brüche**
- ✓ **Einsatz diagnostischer und therapeutischer Verfahren in Kenntnis der vor- und nachgelagert sinnvollen Schritte**
- ✓ **Endpunktverantwortung, die eine Prozessverantwortung bedingt**

a

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN
KRANKENKASSE

Was ist die „innovative“ Rechtsgrundlage für mehr Effizienz?

✓ § 116 b SGB V

- additives Honorar
- additive Strukturen
- keine Integration, sondern Verdrängungswettbewerb

✓ keine tragfähige Basis

✓ § 140 a-d SGB V

- Integration offen
- Anschubfinanzierung geregelt
- Endpunktverantwortung
- kompatible Honorarregelungen
- selbststeuernde Netzwerke

✓ tragfähige Basis

a

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN
KRANKENKASSE

Medizinisches Modell der Integrierten Versorgung am Beispiel ‚Brustkrebs‘

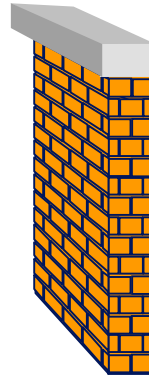
Alt
(ohne IV):

ambulant
Untersuchung

Mammographie

Biopsie
Sonographie

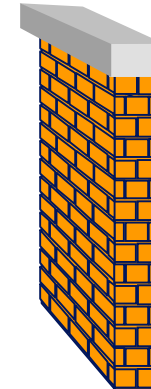
Psychologische
Beratung



stationär
Biopsie
Operation

Adjuvante
systemische
Therapie
Strahlentherapie

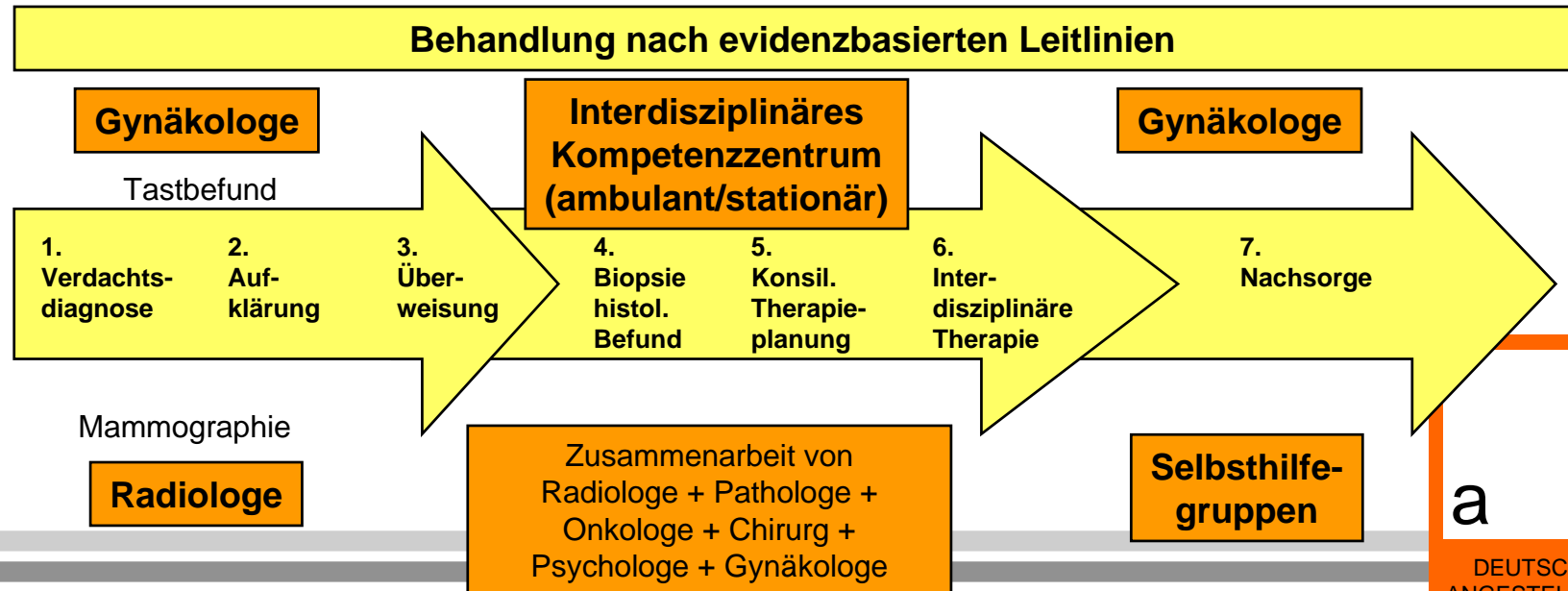
Rehabilitation
Psychologische
Beratung



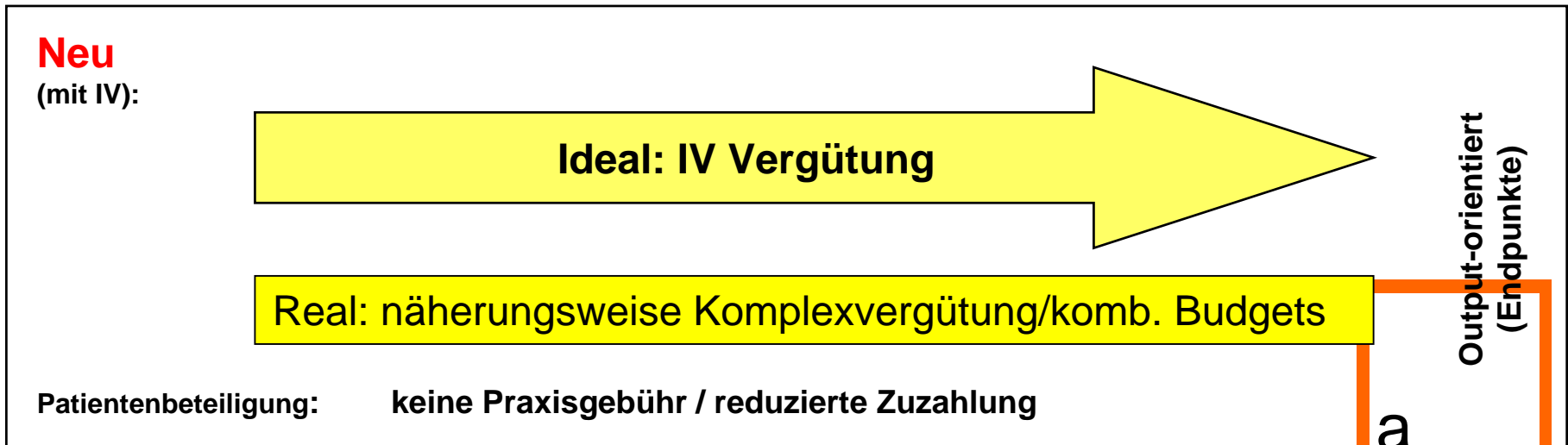
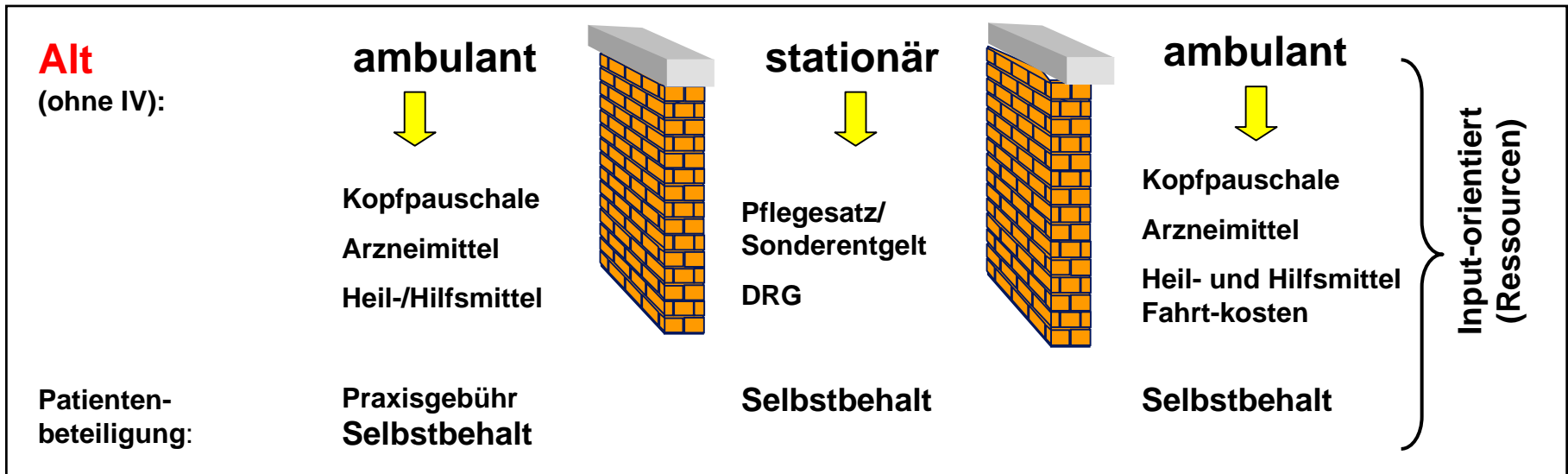
ambulant
Strahlentherapie
Psychologische
Beratung
Chemotherapie
Physiotherapie

Nachsorge
Hormontherapie

Neu
(mit IV):



Ökonomisches Modell der Integrierten Versorgung



Zentrales Kriterium für zielführende Integration

Grundsätzlich gilt:

Das Zentrum der Integrationsversorgung liegt dort, wo für die potenziell nachfolgende (intensivere) medizinische Intervention die Vorhaltung der personalen, funktionalen und technisch-apparativen Infrastruktur unabdingbar ist.

Kriterium fördert:

- medizinisch indizierte Auslastung teurer technischer Infrastrukturen
- qualitative Kompetenz der Ärzte und des Funktionspersonals durch Routinearbeitsabläufe
- Verkürzung der Abschreibungsintervalle + Möglichkeit notwendiger Reinvestitionen
- Verfügbarkeit der Sicherheitsinfrastruktur der Klinik
- Fort- und Weiterbildungsauftrag

a

DEUTSCHE
ANGESTELLTEN
KRANKENKASSE

Entwicklung neuer Versorgungsstrukturen

- ✓ **Allgemeinmedizinisch hausärztliche Struktur**
In regionaler Staffelung mit dem Ziel der flächendeckenden Versorgung über Einzelpraxen und in Verdichtungsräumen in Kooperationsformen.
- ✓ **Allgemeine fachärztliche Struktur**
Mit Schwerpunkt in Kooperationsformen aber auch in Einzelpraxen. Mit dem Ziel der flächendeckenden fachärztlichen Versorgung.
- ✓ **Neue ambulanten Versorgung in klinischen Strukturen**
Vielfalt der Organisationsformen, z.B. Gesundheitszentren Kooperationsverbünde, Kooperation in, um und am Krankenhaus + dessen Öffnung für diese ambulante Versorgung.
Diese Ebene ist der organisationspolitische Ansatz für Integrationsverträge, die die vor- und nachgelagerten Versorgungsbereiche vertraglich einbezieht.
- ✓ **Stationäre Versorgung in Kliniken**
In der Fallzahl reduziert und durch die arbeitsteilige Vernetzung auf schwerere Fälle konzentriert.