

Der „Dritte Sektor“ einer onkologischen Krankenversorgung

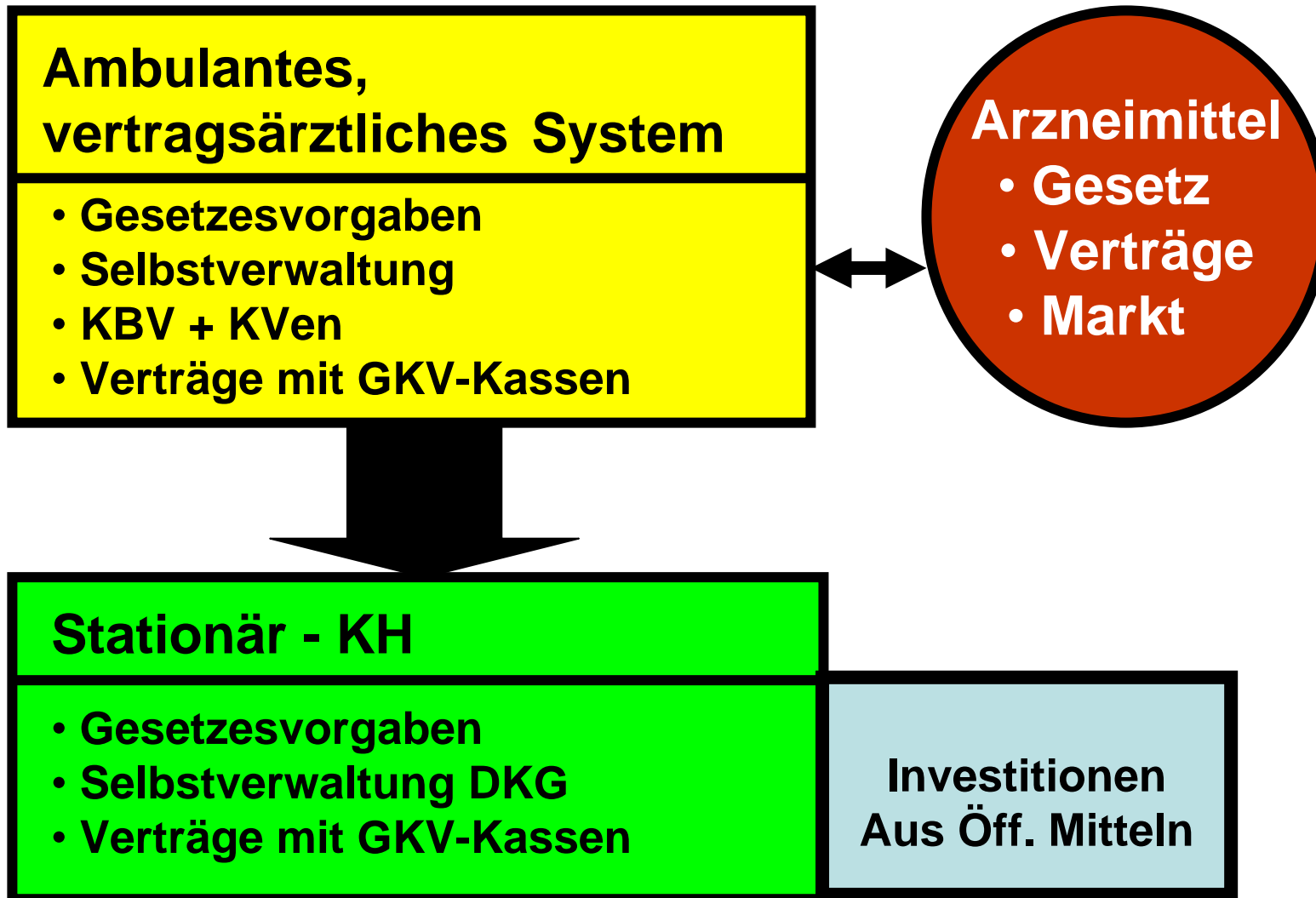


**Verband der
Universitätsklinika
Deutschlands e.V.**

**Rüdiger Strehl
Generalsekretär
6. Februar 2009
Berlin LILLY**

1. Der „Dritte Sektor“

Sektorisiertes deutsches Gesundheitssystem



Onkologie und deutsche Sektorierung

IST

- Primat der vertragsärztlichen Sicherstellung
- Interdisziplinarität kompliziert
- KH nur subsidiär ambulant
- Verbot mit Erlaubnisvorbehalt für Innovationen

SOLL


- Vermeidung Drehtür
- Federführender Arzt
- Onkologie ist auf Interdisziplinarität angewiesen
- Schneller + unbürokratischer Zugang zu Innovationen

2 – Wege - Entsektorierung

- **Ausgehend vom Vertragsarzt:**
 - KBV; Ulmer Papier
 - 1.Schritt:
Ausdifferenzierung des Vertragsarztsystems
 - 2.Schritt:
Neue Wege der ärztlichen Kooperation
- **Ausgehend vom KH:**
 - SV-Gutachten Ende der 90er Jahre
 - Seit erster rot-grüner Gesundheitsreform
 - 3. Sektor: Öffnung des KH für ambulante Behandlung
 - Immer unabhängiger von KV-System

KBV Versorgungsebenenmodell

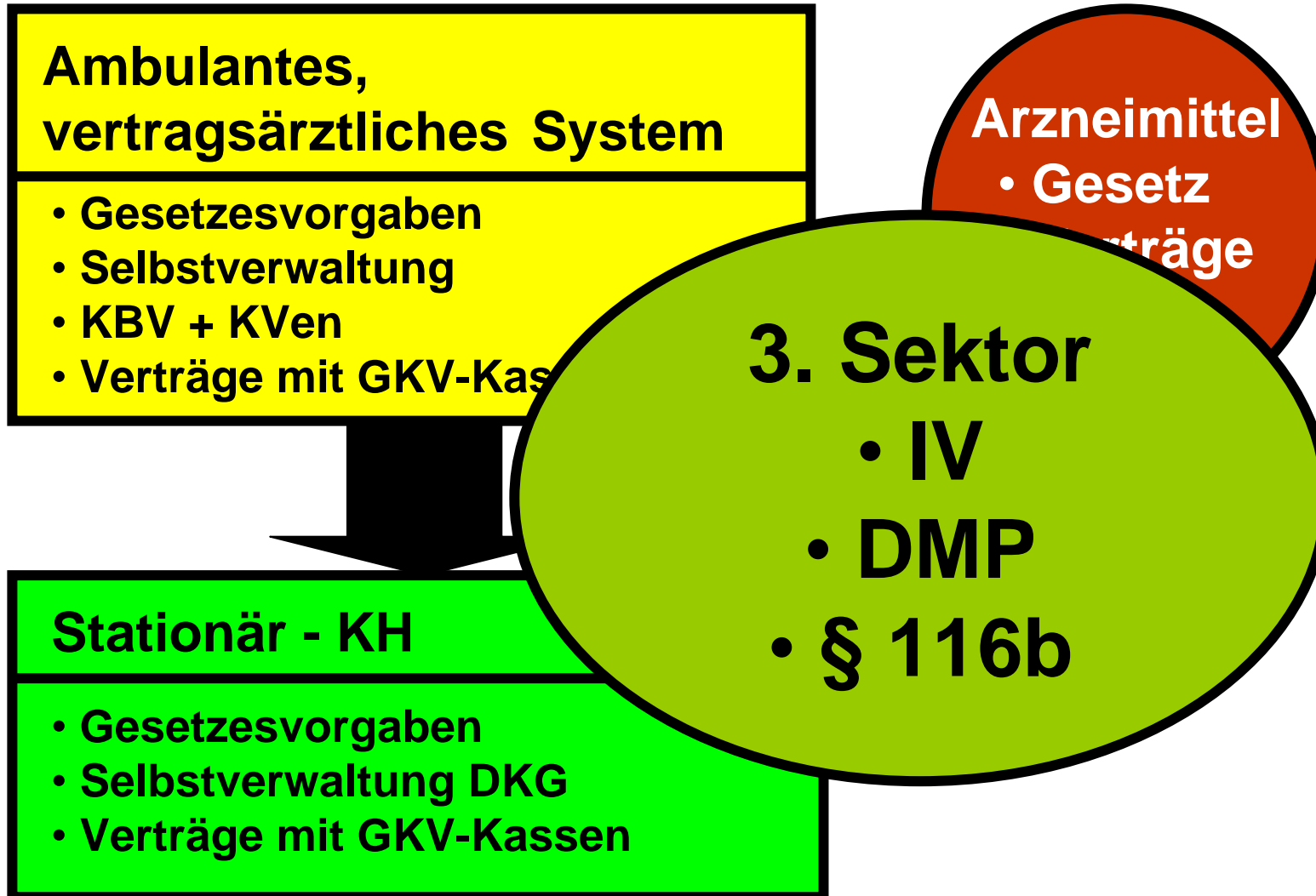
Diskussionsvorlage Vorstand März 2008

Vertragsärzte	Krankenhaus
PVE Primärversorgungsebene	Stationäre Grund- und Regelversorgung
WVE Wohnortnahe fachärztliche Regelversorgungsebene	Stationäre spezialisierte Versorgung
SPVE Spezialisierte fachärztliche Krankenhausnahe Versorgungsebene	 <ul style="list-style-type: none">• Hausarztzentrierte Versorgung• Besondere amb. ärztl. Versorg.• Arzt für AM-Therapie

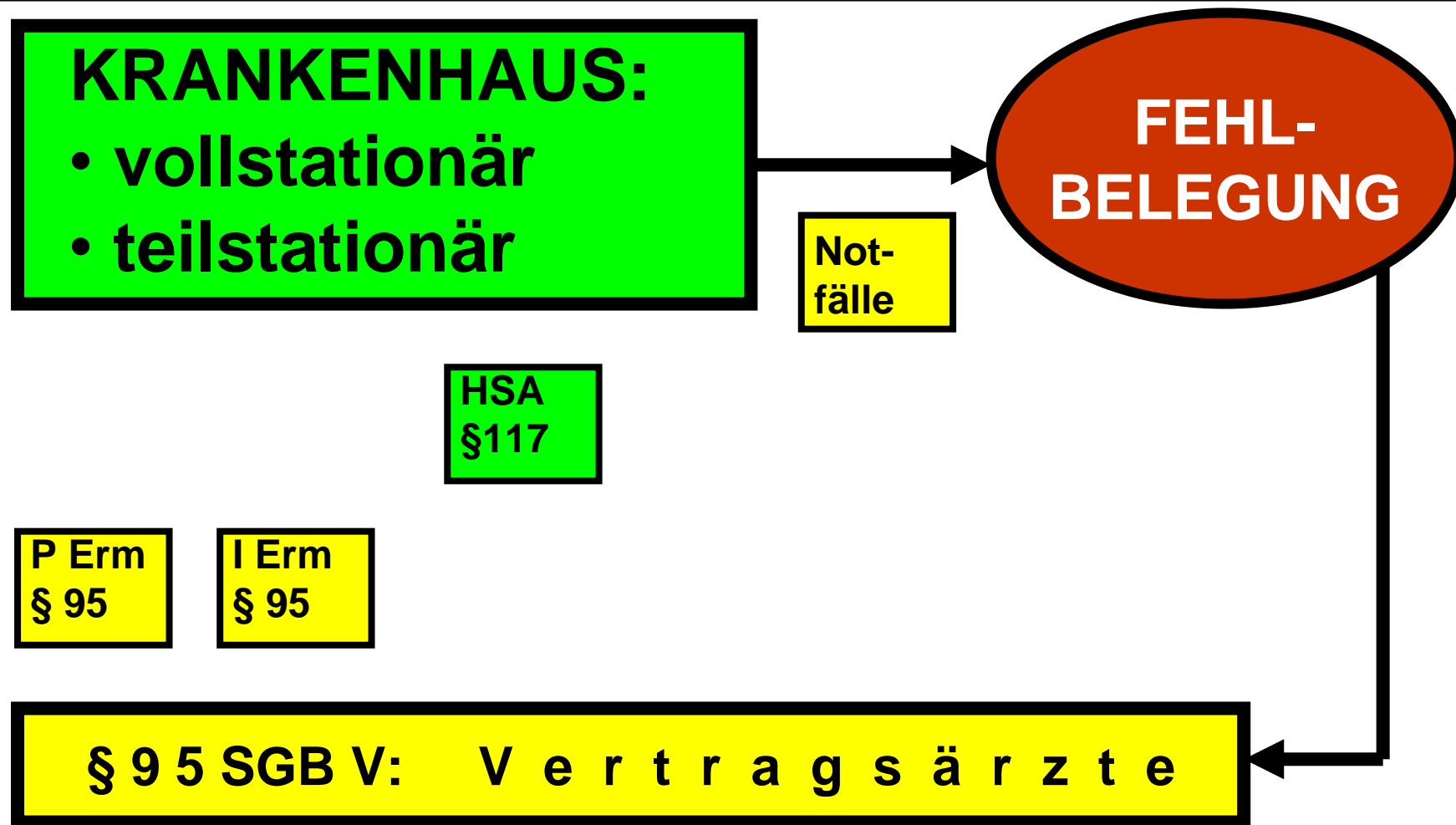
Kooperationskompass KBV 2007

- Organisationsgemeinschaften
 - Praxisgemeinschaft
 - Apparategemeinschaft
 - Ärztehaus
 - Praxisnetz
- Berufsausübungsgemeinschaften
- Angestellter Arzt
- MVZ
- Kooperationen mit Krankenhäusern
- Belegarzt
- Konsiliararzt
- Übernahme vor- und nachstationärer Leistungen durch Vertragsarzt
- Praxis am KH
- Anlaufpraxis

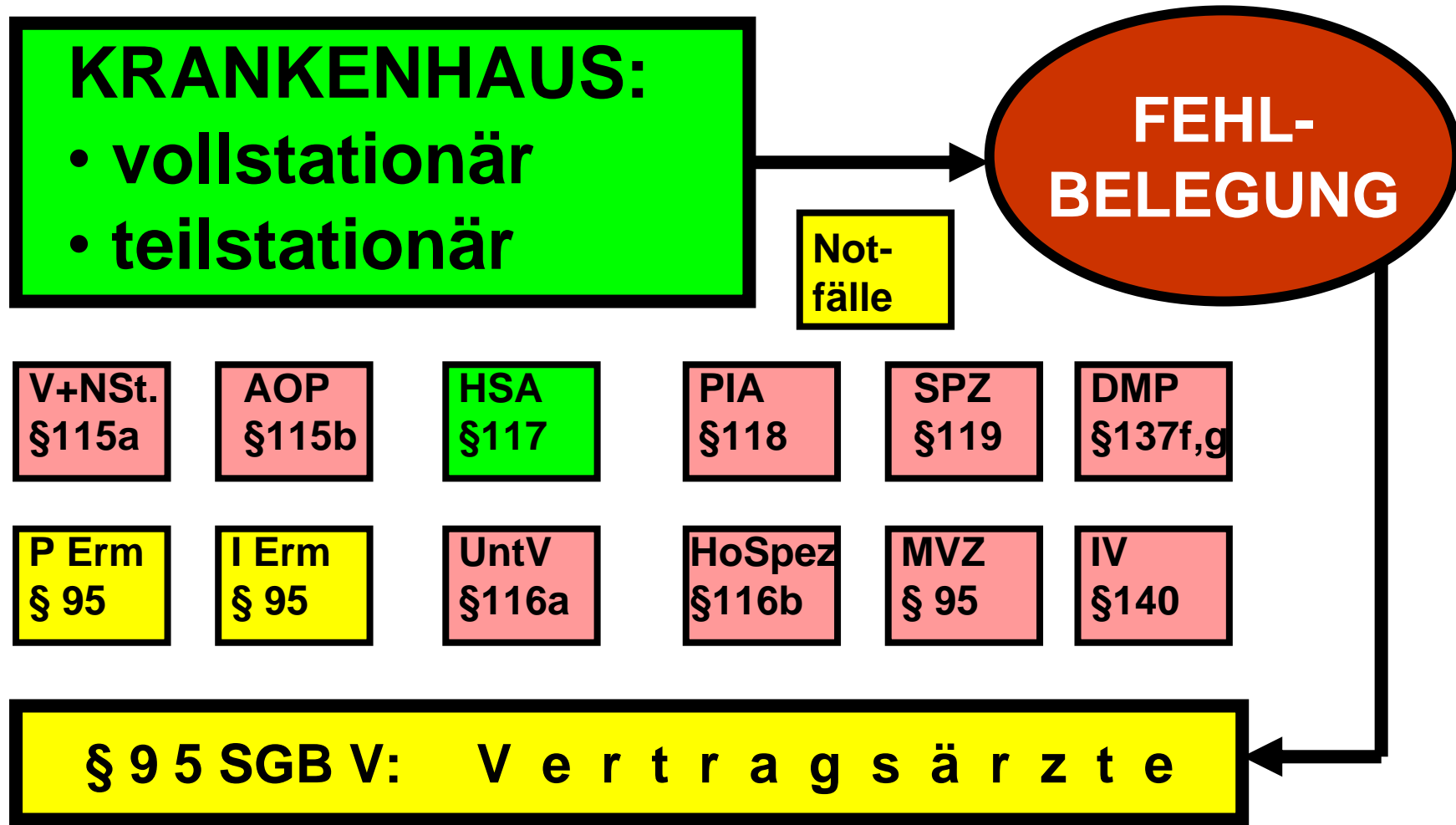
G - Gesundheitssystem



3. Sektor vor 15 Jahren



3. Sektor heute



2. IV-Verträgen

IV

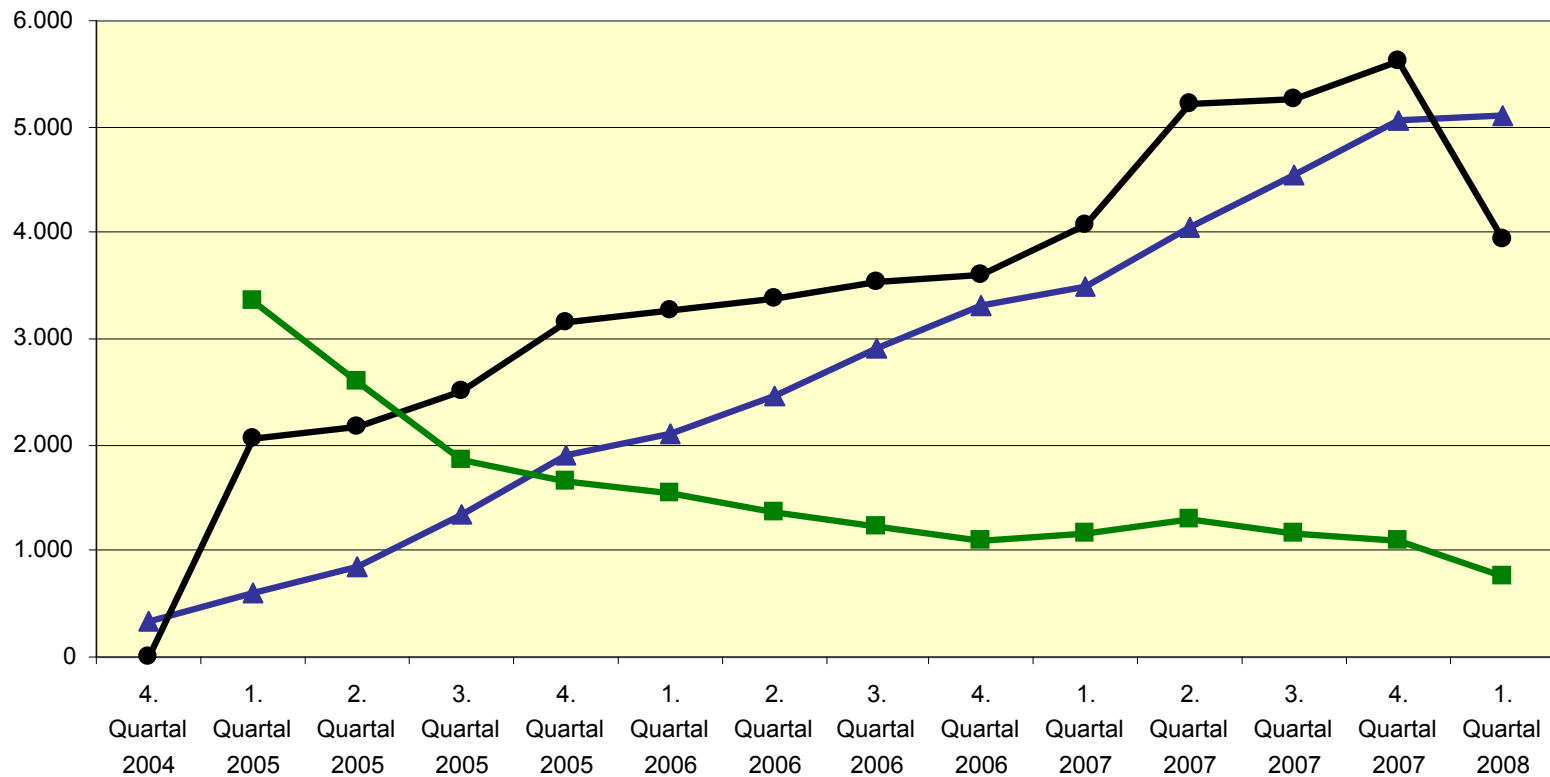
- Intendiertes Ziel: Leistungssektorenübergreifende Versorgung der Versicherten
- Kern: übergreifende Steuerung der Behandlungsabläufe
- Mittel:
 - Wechselseitige Information der beteiligten Leistungserbringer
 - Koordination der Behandlung
 - Genuine Qualitätssicherung
- Hohe Eignung für Anforderung der Onkologie

Gemeldete IV-Verträge



Leistungserbringer als Vertragspartner	Stichtag 31.03.08 (absolut)	Δ 31.12.07 – 31.03.08
Niedergelassener Arzt	1.390	+4,2%
Krankenhaus	887	-0,2%
Reha/ Krankenhaus	621	-1,4%
Niedergelassener Arzt/ Krankenhaus	999	-1,1%
Reha/ Niedergelassener Arzt/ Krankenhaus/	168	0,0%
gesamte IV-Verträge	5.114	+0,9%

IV-Verträge und eingeschriebene Versicherte



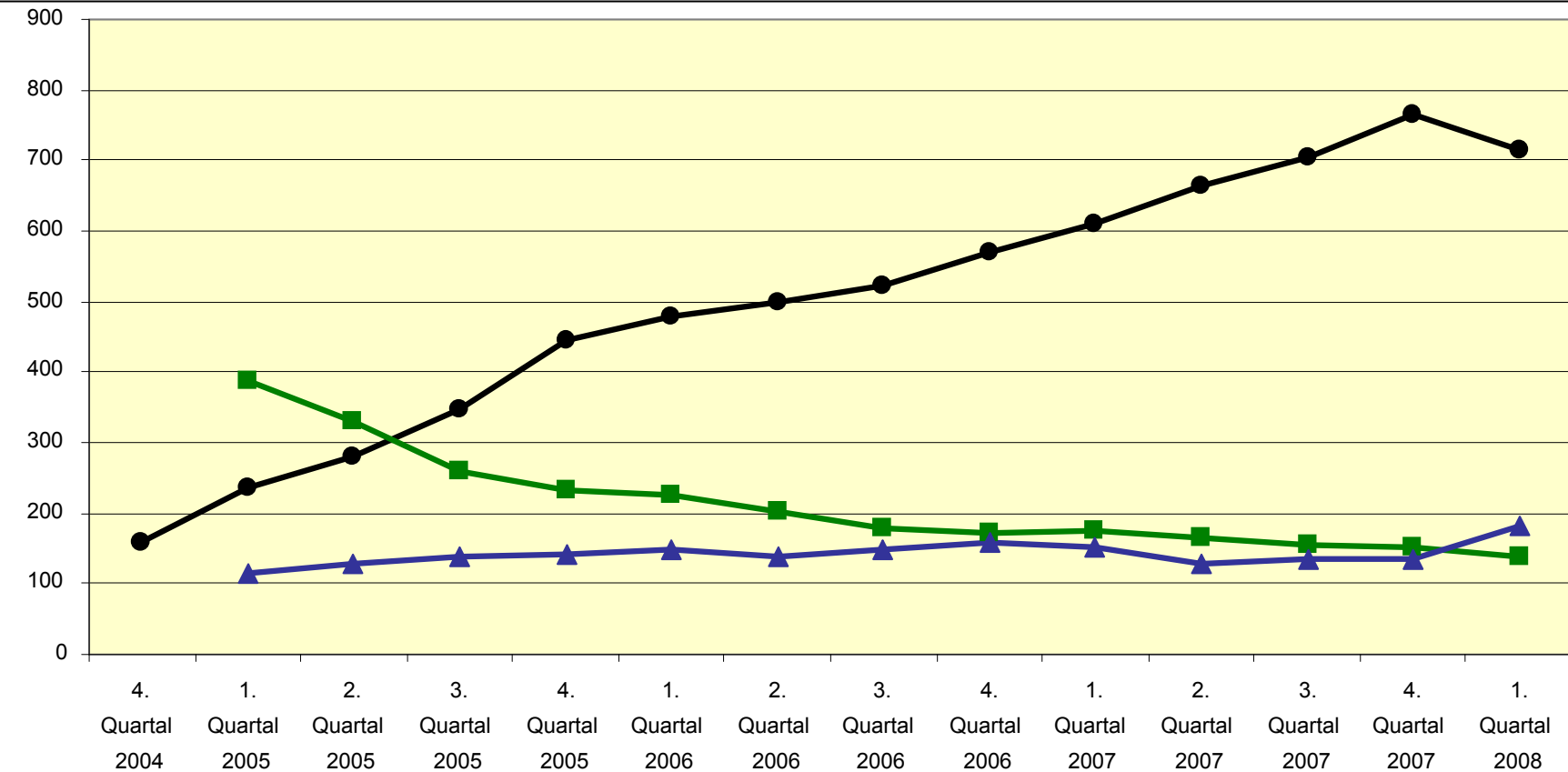
- ▲— Anzahl der IV-Verträge
- Anzahl der eingeschriebenen Versicherten (in Tsd.)
- Durchschnitt der eingeschriebenen Versicherten je Vertrag

Verträge zur Integrierten Versorgung für 2008



- 19 Universitätskrankenhäuser haben 74 Verträge zur Leistungserbringung von Integrierter Versorgung in 2008 abgeschlossen.
- Am häufigsten wurden Leistungen aus folgenden 3 Bereichen vereinbart:
 1. Kardiologie und Kardiochirurgie (15 Verträge)
 2. Onkologie (11 Verträge)
 3. Psychiatrie/Psychosomatik (6 Verträge)
 4. Schwangerschaftsvorsorge (4 Verträge)
- Vereinbarungen zu weiteren Diagnosen oder Therapien:
Adipositas, Alkoholentzug, Antikoagulation/Thrombose, Arzneimitteltherapie, Chirurgie, Cochlearimplantation, Diabetes, Demenz, Dermatologie, Gefäßzentrum, Hämophilie, Kinderchirurgie, Knie- und Hüft-TEP, Lungentransplantation, Ophthalmologie, Orthopädie, Osteoporose, Pädiatrie, Palliativmedizin, Parkinsontherapie, Rheumatologische Erkrankungen, Schlaganfall, Schmerztherapie, Strahlentherapie, Tinnitus

Vergütungsvolumen für den Bereich der IV



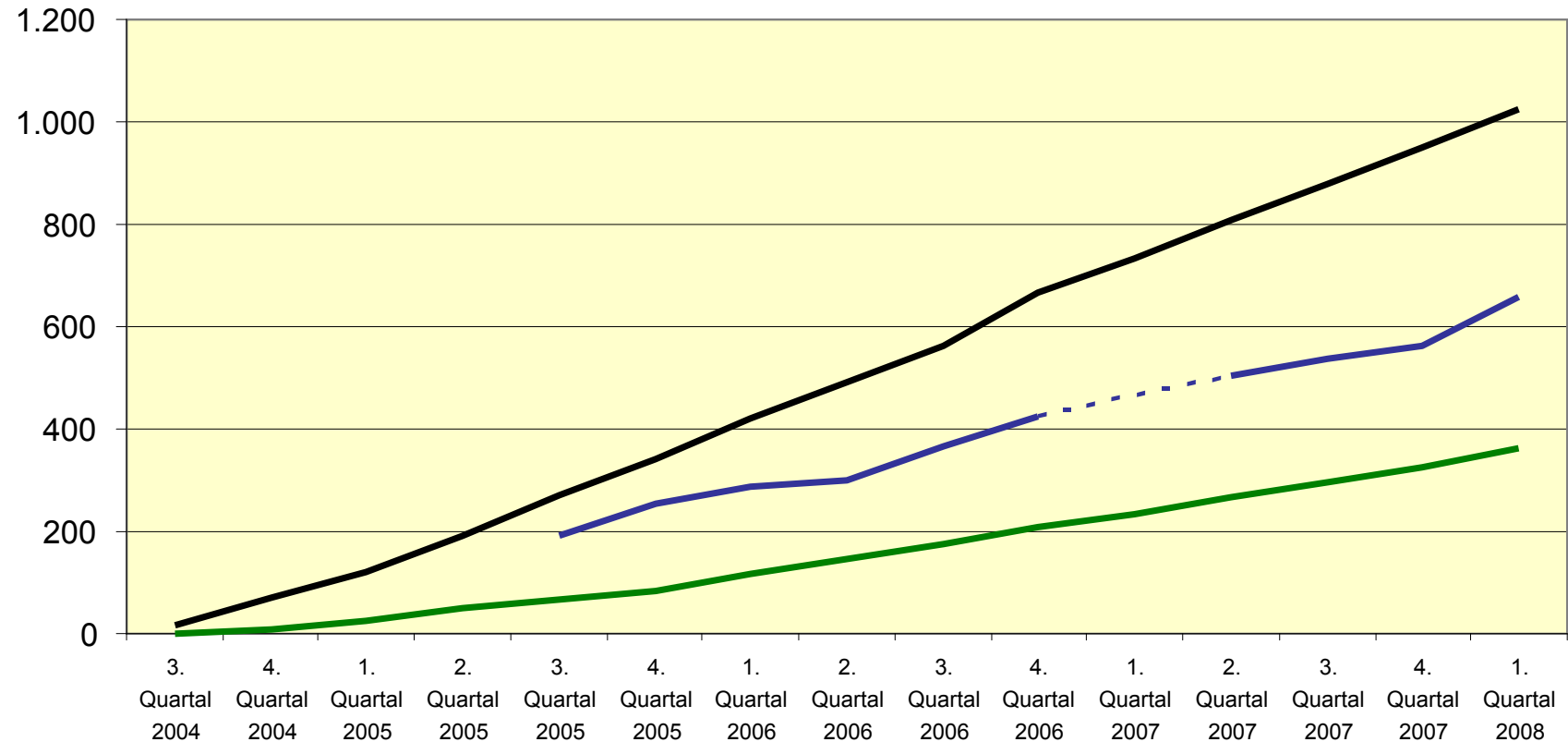
● gesamte IV-Vergütung (Mio. EUR)

■ durchschn. Vergütung je Vertrag (Tsd. EUR)

▲ durchschn. Vergütung pro Versichertem (EUR)

3. MVZ-Verträgen

Entwicklung der MVZ



— Gesamtzahl MVZ
— MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern
— MVZ in Trägerschaft von Vertragsärzten (für das 1. Quartal 2007 liegen keine Daten vor)

MVZ in Krankenhaussträgerschaft



- Zum Stichtag am 31.03.2008 befanden sich 363 MVZ in Trägerschaft von Krankenhäusern
- Der Anteil der KH-MVZ an allen MVZ liegt bei über einem Drittel.
- 8 von 10 KH-MVZ besitzen die Rechtsform der GmbH.
- Im Durchschnitt arbeiten 4 Ärzte in einem KH-MVZ
- **In Westdeutschland herrscht eine weit verbreitete Abneigung unter den Vertragsärzten gegenüber MVZ in Klinikträgerschaft (bis hin zur Boykott-Androhung)**

Fachgebiete der MVZ



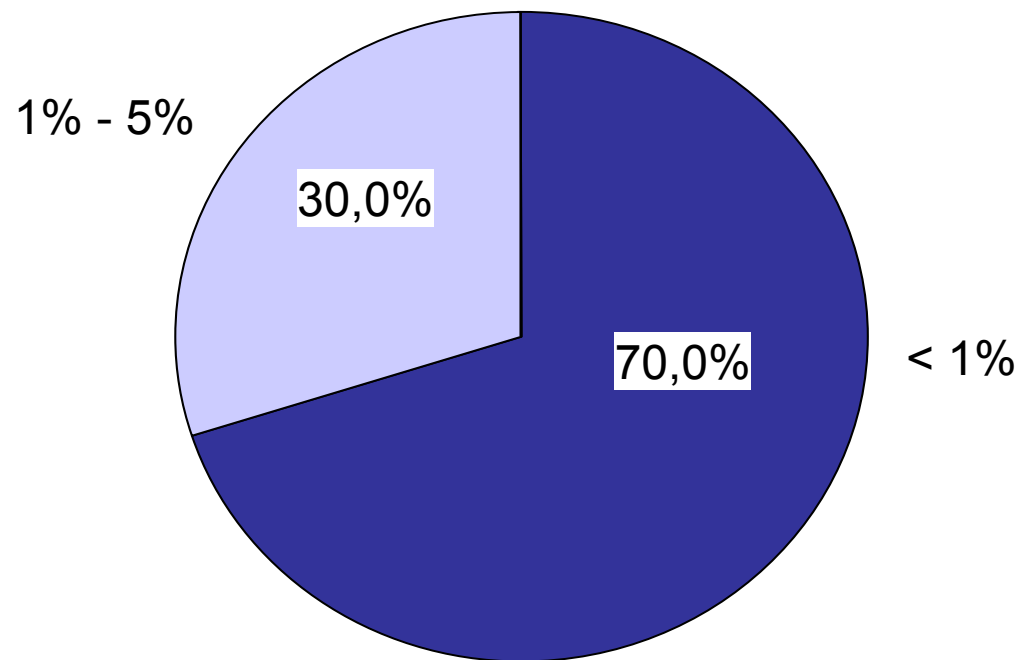
Am häufigsten vertretene Fachdisziplinen in den MVZ der Uniklinika:

1. Humangenetik (6x)
- 2. Strahlentherapie (6x)**
3. Pädiatrie (5x)
4. Labor (4x)
5. Pathologie (4x)

Weitere Fachdisziplinen:

Allgemeinmedizin, Anästhesiologie, Chirurgie, Dermatologie, Endokrinologie, Endoskopie, Gastroenterologie, Infektiologie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie, Nephrologie, Neurologie, Nuklearmedizin, Onkologie, Pädiatrische Kardiologie, Pneumologie, Psychiatrie/Psychotherapie, Psychologie, Radiologie, Rheumatologie

Umsatz in den MVZ gemessen am Gesamtumsatz der stationären und ambulanten Krankenversorgung in 2007



(n = 10)

(Antwort: MVZ-Umsatz > 5% der stationären & ambulanten Krankenversorgung: 0%)

4. §116b Leistungen

§ 116b: Ziel + Konzept

- Ziel: tertiäre ambulante KV durch KH
- Ambulanter Katalog für KH; Onkologie Bestandteil der Liste
 - Hochspezialisiert
 - Selten
 - Besonderer Verlauf
- Konkretisierungen durch GBA
- Zulassung inzwischen unabhängig von KV durch Landes KH-Planungsbehörden
- Vergütung analog Vertragsärzte

§ 116b: Umsetzungsprobleme

- Inzwischen 3 Gesetzesanläufe:
 - Erst Verweigerung der Kassen zu Abschlüssen
 - jetzt Verzögerungsbürokratie der Landes KH-Planungsbehörden
 - Dann Unklarheiten bei der Berechtigung zur AM-Verordnung
 - Bisher kaum Zulassungen; vor allem auch in der Onkologie
- Inhalte durch EBM limitiert; innovative Onkologie kaum möglich
- Problematische Konkretisierungen durch GBA
- Strudel Honorarreform 2009 (ALDI-LIDL Onkologie?)
- Möglicher Total-Knock out durch AMG Novelle

5. Zwischenfazit und Ausblick

Zwischenfazit

1. IV
 - hat Erwartungen für Onkologie nicht erfüllt: eher irrelevant + unbedeutend
 - Umsätze + Einschreibungszahlen
 - Zukunft IV ungewiss; Fonds + Auslaufen der Anschub-finanzierung vermutlich Ende des Ansatzes
2. MVZ
 - Aktuell Erfolgsmodell; Trend wird sich fortsetzen
 - Onkologie nur zu Teilen erfasst (Strahlentherapie + Pathologie)
3. § 116b
 - Erst von Kassen allein ausgebremst
 - Dann von Landesbehörden via Zulassung
 - Jetzt über Honorarreform + AMG-Novelle
4. 3.Sektor für Onkologie nur partiell relevant; große Erwartungen nicht erfüllt

Lösung 1: nur für UK

- HSA bisher nur wegen F&L
- KV als Grund unzulässig
- In Wirklichkeit: Ergänzung der Sicherstellung mit hochspezialisierten + innovativen Leistungen
- Vor allem in der Onkologie
- Integration von § 116b in §117
- Damit tertiäre KV als Zulassungstatbestand
- Direktverhandlung mit Kassen unabhängig von KV
- Auch direkte Zahlung durch Kassen ohne Berührung Gesamtvergütung
- Unbürokratische, pauschale Vergütungen
- Befristungen, Evaluationen, eigene QS

Lösung 2: NIH-Modell

- Herausnahme der innovativen Onkologie aus
 - Gesamtvergütung
 - Arzneimittelbudget
 - DRG-System
- Auflegung eines Extrafonds („program budgets“):
bei 5-8% ergeben sich ca. 5 – 8 Mrd Euro
- Nur kontrollierte Vergabe + Anwendung auf Zeit durch
geeignete + qualifizierte Antragsteller
- Unabhängige Evaluierung
- Anschließend Entscheidung über GKV-System-Integration

Vorteile

- Herausnahme aus schlecht funktionierenden Gesamtsystemen
- Weg vom Einheitszwang; hin zu offenen und flexiblen Lösungen
- Eigene Programmsteuerung, Durchführungsorganisation und Erfolgskontrolle
- Fundierte Basis für Entscheidung über Überführung/Nichtaufnahme in das GKV-System

**Vielen Dank
für Ihre
Aufmerksamkeit!**