



STIFTUNG MÜNCH

**Think Camp der Stiftung Münch
„Neue Vergütungsmodelle der Gesundheitsversorgung“
15. – 17. November 2019 in Berlin**

Gruppe 4Flow

Thorsten Adam, Amelie Masemann, Christian Ritter, Adrian A.A. Rombach

Mit einem regionalen Versorgungsbudget zur sektorübergreifenden Versorgung

Die Idee des Konzeptes ist es, ein Gesundheitssystem zu schaffen, in dem die Leistungserbringer gemeinsam im Sinne der optimalen Versorgung des Patienten arbeiten. Es wird belohnt, wenn Patienten effizient und gut behandelt werden. Ein Anreiz wird dadurch gesetzt, dass den Leistungserbringern schon bei der Kalkulation des Budgets ein Gewinn zugestanden wird.

Gegenwärtig bestehen einige **Hindernisse im Gesundheitssektor**, die die Realisierung einer sektorenübergreifenden Vergütung beeinträchtigen. Ein Problem von vielen besteht beispielsweise in dem Fehlen einer elektronischen Patientenakte, wodurch Daten zwischen den Sektoren verloren gehen und Patientenabläufe kaum oder nur unzureichend koordiniert werden¹. Zudem führt die Trennung der Sektoren zu Fehlanreizen unter den Akteuren. So droht den Patienten je nach Situation eine Unter- oder Überversorgung und die Kooperation der Leistungserbringer wird kaum angestoßen. Nicht zuletzt mangelt es derzeit auch der entsprechenden organisatorischen und technischen Infrastruktur.

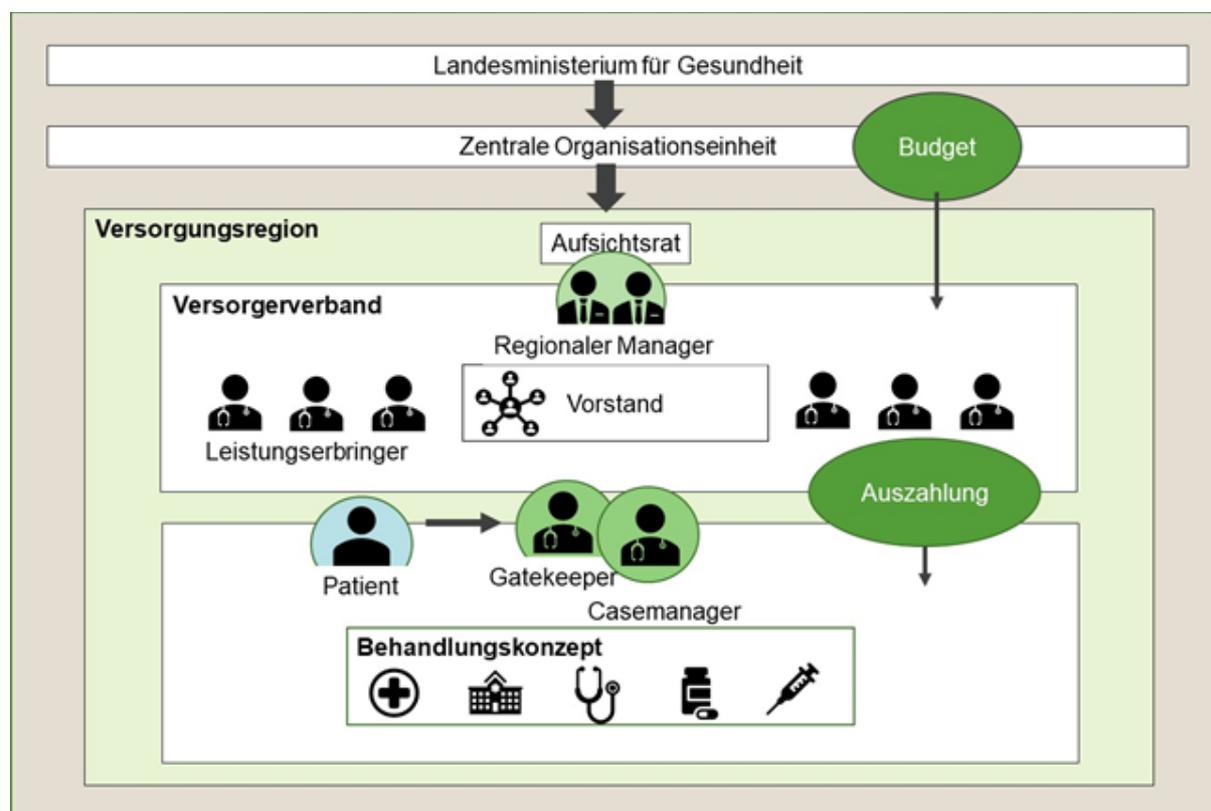
Da es sich bei unserem Konzept um eine Neugestaltung des Gesundheitssystems handelt, liegen dem Konzept folgende **Prämissen** zugrunde. Wir gehen von einer vorhandenen, gut ausgebauten digitalen Infrastruktur aus, welche eine elektronischen Patientenakte beinhaltet, sowie ein IT-System mit Einbeziehung aller relevanten Leistungserbringer und Sicherstellung des Datenschutzes. Zudem wurden die Versorgungsregionen flächendeckend auf die gesamte Bundesrepublik übertragen, die Berufsbilder des „Gatekeeper“ und „Casemanager“ sind etabliert und die rechtlichen Rahmenbedingungen sind gegeben.

Ein zentraler Aspekt des Konzepts ist die **Einteilung des Landes in sogenannte Versorgungsregionen**, ein ähnliches Vorgehen besteht beispielsweise derzeit in Dänemark² und Österreich³. Die Zuschneidung der Regionen soll über die Bevölkerungsdichte funktionieren. Es gibt eine große Diskrepanz in der medizinischen Versorgung zwischen den Städten und den ländlichen Regionen, weshalb wir für die Zuordnung einer Region, basierend auf der Bevölkerungsdichte zu einem „städtischen Gebiet“ bzw. einem „ländlichen Gebiet“ vorschlagen. Im nächsten Schritt müsste eine eigens dafür vorgesehene Kommission zur weiteren Definierung der Regionen eingesetzt werden. Dieses aus Experten bestehende Gremium wird die Regionen anhand verschiedener Indikatoren, etwa Alter der Bevölkerung, Anzahl der Leistungserbringer oder geographischer Merkmale analysieren und dann definieren. Unserer Auffassung nach ist die Formulierung allgemeiner Kriterien, die problemlos auf ganz Deutschland zur Einteilung von Regionen übertragen werden

können aufgrund der großen und zahlreichen Unterschiede zwischen den Regionen, schwierig. Deshalb soll hier die Expertenkommission über die Zuschneidung der einzelnen Regionen entscheiden.

In jedem Bundesland entsteht eine sogenannte „**zentrale Organisationseinheit**“. Diese untersteht dem Landesministerium für Gesundheit und ist für alle Versorgungsregionen des Bundeslandes zuständig. Diese Einheit verwaltet alle digital erfassten Daten der Patienten und Leistungserbringer und ist für die Planung des Budgets je Versorgungsregion zuständig. Ebenso ist hier eine Abteilung für Monitoring und Evaluation eingerichtet, die regelmäßig z.B. die Entwicklung der Gesundheitsausgaben, demographischen Veränderungen und die Höhe des Budgets sowie die Berechnungsfaktoren überprüft.

Je Versorgungsregion besteht zudem ein sogenannter „**Versorgerverband**“. Dieser bringt alle Leistungserbringer der Region, das heißt niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Pflegedienste etc., zusammen. Die Aufgabe dieses Verbandes ist es, das regionale Gesundheitsbudget zu managen. Das bedeutet, dass diagnosespezifisch standardisierte Behandlungspfade sowie übergeordnete Behandlungskonzepte mit der Zuständigkeit der Leistungserbringer und der Vergütung der einzelnen Akteure, abgestimmt werden. Um dieser Aufgabe nachzugehen, wird für die Leitungsaufgaben je Verband ein regionaler Manager und Stellvertreter benannt. Dieser arbeitet mit dem Vorstand zusammen und plant die regionale Versorgung sowie Ressourcenverteilung und Infrastruktur in der Versorgungsregion. Dabei untersteht das Managementteam einem Aufsichtsrat, welcher die Geschäftsführung überwacht.



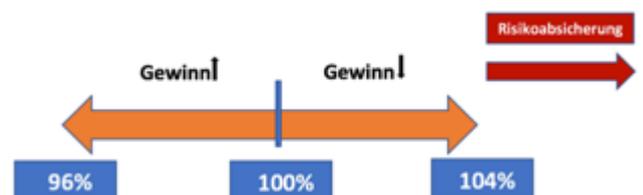
Auf der Patientenebene wird die Versorgung der Patienten durch einen sogenannten **Gatekeeper und Casemanager** gesteuert. Der Patient wählt einen Hausarzt, der in der Funktion des Gatekeepers

den Behandlungspfad des Patienten festlegt und die entsprechende Koordination übernimmt. Dabei steht ihm ein Case Manager zur Seite, der den Patienten bei der Beratung und Prozessentwicklung hilft und auch Präventionsgespräche übernimmt. Dies soll einen fließenden Übergang des Patienten von einem zum anderen Behandlungsangebot ermöglichen und die Schnittstellenproblematik reduzieren. Dabei verfügen alle Leistungserbringer über Zugang zur elektronischen Patientenakte des Patienten.

Das jährliche **Budget je Versorgungsregion** wird in dem Konzept anhand eines Korridors berechnet. Zunächst wird der Durchschnitt der Gesundheitsausgaben in dem Gebiet des Versorgerverbandes der vergangenen drei Jahre ermittelt (DGA). Dieser gilt als 100%. In dem Budget wird eine Gewinnmarge (GM) eingerechnet. Ziel der GM ist es, den Gewinndruck aus dem System zu nehmen, indem von Anfang an ein fester Gewinn eingeplant wird. Dieser Gewinn kann, muss aber nicht, durch effizienteres Arbeiten gesteigert werden. Das Budget wird noch um einen Qualitätsbonus (QB) ergänzt, der auf das Budget addiert wird. Wie genau dieser Qualitätsbonus berechnet wird, ist noch unklar. Der Quality-Index einiger amerikanischer ACOs könnte als Vorbild dienen⁴. Zu diskutieren ist, ob Verluste für den Versorgerverband in Fällen unvorhersehbar gesteigener Gesundheitsausgaben (z.B. Epidemie, Katastrophe) ab einer gewissen Höhe von einem Risikofond abgesichert werden können. Genauso dürfen Gewinne einen gewissen maximalen Prozentsatz (MEG) nicht überschreiten, um eine grenzenlose Gewinnsteigerung mit der Folge einer Unter-/Minderversorgung zu vermeiden (vgl. *Formeln und Beispielrechnung in Anlage*).

Wir intendieren mit diesem Konzept insbesondere den Gedanken der qualitätsorientierten Versorgung zu stärken. Dies geschieht dadurch, dass die Leistungserbringer von geringerer Anzahl an Erkrankungen der Patienten profitieren. Sie erhalten das gleiche Budget und haben daher einen Anreiz, gute Behandlungsergebnisse zu erbringen und Effizienzreserven zu erzielen, wodurch sich auch **Prävention** für Leistungserbringer lohnen könnte. Weitere **Vorteile** bestehen in der Überbrückung von Sektorengrenzen durch die Eingliederung von Leistungserbringern im Versorgerverband. Sie profitieren von ergänzendem Leistungsportfolio statt von Konkurrenzdenken. Damit einher geht auch ein einheitliches Management und eine effiziente Steuerung durch den Versorgerverband, wodurch langfristig die Chance auf eine Verringerung der Gesamtgesundheitsausgaben durch effizientere Abläufe in Aussicht gestellt werden kann.

Demgegenüber stehen **Nachteile** wie die unklare Auswirkung des regionalen Budgets in den Folgejahren. Auch ist unklar, wie genau die Aufteilung des Budgets zwischen den Leistungserbringern von Seiten des Managements des Versorgerverbands aussehen kann.



Eine **Umsetzung des Konzeptes** ist insbesondere in einer ländlichen Region vorstellbar, da hier der marktwirtschaftliche Gedanke und Wettbewerb zwischen Leistungserbringern ohnehin eine immer geringere Rolle spielt und die Aufgabe der Politik insbesondere darin besteht, überhaupt noch eine ausreichende Gesundheitsversorgung für die Bevölkerung zu gewährleisten. Hierzu müssten weitere Fragen geklärt werden. Wie werden Patientenströme zwischen verschiedenen Regionen vergütet

und koordiniert? Worin besteht die neue Rolle der Krankenkassen? Hier wäre auch die Angliederung der zentralen Organisationseinheit in das System der Krankenkassen vorstellbar.

Insgesamt könnte das Konzept in ähnlicher Form in einigen Jahren in der politischen Debatte eine Rolle spielen. Voraussetzung dafür wären wandelnde Rahmenbedingungen, wie eine stets schlechter werdende Gesundheitsversorgung auf dem Land, welche neuen Konzepte notwendig macht. Auf der anderen Seite würde eine bessere digitale Infrastruktur, mitsamt vereinfachter Koordination von Patientenströmen auf Basis von Big Data und KI-Unterstützung, das System technisch einfacher umsetzen können.

Quellen:

1. Flügge, Thomas; „Die elektronische Gesundheitskarte – Chancen und Risiken“, Berlin 2007.
2. ViLE e. V.; Das dänische Gesundheitssystem, <https://www.vile-netzwerk.de/daenemark/articles/das-daenische-gesundheitssystem.html>
3. Bundesministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Konsumentenschutz (BMASGK) und Gesundheit Österreich GmbH (GÖG), Österreichische Strukturplan Gesundheit – ÖSG 2017, 30.Juni 2017.

https://www.sozialministerium.at/cms/site/attachments/1/0/1/CH3967/CMS1136983382893/oesg_2017_-_textband,_stand_27.09.2019.pdf
4. MEDICARE SHARED SAVINGS PROGRAM QUALITY MEASURE BENCHMARKS FOR THE 2019 PERFORMANCE YEAR <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/sharedsavingsprogram/Downloads/2019-quality-benchmarks-guidance.pdf>

Anlage:

Mit folgenden Formeln kann in dem Konzept gerechnet werden:

$$DGA = \left(\frac{J1 + J2 + J3}{3} \right)$$

Jahresbudgetberechnung

$$JB = (DGA) * GM + QB$$

Gewinn-/Verlustrechnung d. Netzwerkes

$$GoA = ((DGA) * GM + QB) - J0$$

$$GmA = GoA - AS \text{ (wird nur berechnet, wenn } AS > 0)$$

MEG-Berechnung

$$MEG = J1 * (GM * 2)$$

$$AS = (GoA - (J1 * (GM * 2)))$$

DGA Durchschnitt der Gesundheitsausgaben der vergangen drei Jahre

JB Jahresbudget für Netzwerk

J Gesundheitskosten der letzten 3 Jahre

J0=Kosten des aktuellen Jahres

J1=Kosten d. letzten Jahres,

J2=Kosten vor 2 Jahren,

J3=Kosten vor 3 Jahren)

GM geplante Gewinnmarge

QB Qualitätsbonus

GoA Gewinn/Verlust ohne Abgaben für Versorgungsnetzwerk

GmA Gewinn/Verlust mit Abgaben

MEG maximal erlaubter Gewinn in aktuellem Jahr

AS vom Gewinn abzuführende Summe bei GoA > MEG

Beispielrechnung:

Die folgenden 3 Jahre zeige einen Versorgerverband, der durch extreme Kostenreduktion große Gewinne einführt, sodass sogar der maximal erlaubte Gewinn überschritten wird. Die GM wurde auf 4% festgelegt. Dieser Wert kann beliebig variieren.

Beispielrechnung:

1. Jahr

Gesundheitskosten der letzten

3 Jahre

J0= 98.000.000€

J1= 100.000.000€

J2= 100.000.000€

J3= 100.000.000€

GM 4% (1,04)

QB 2.000.000€

JB 106.000.000€

GoA 8.000.000€

GmA 8.000.000€

MEG 8.000.000€

AS -2.000.000€ (nicht
abzuführen)

Beispielrechnung:

2. Jahr

Gesundheitskosten der letzten 3

Jahre

J0= 90.000.000€

J1= 98.000.000€

J2= 100.000.000€

J3= 100.000.000€

GM 4% (1,04)

QB 2.000.000€

JB 105.306.666,7€

GoA 15.306.666,67€

GmA 9.840.000€

AS 5.466.666,67€

Beispielrechnung:

3. Jahr

Gesundheitskosten der letzten 3

Jahre

J0= 88.000.000€

J1= 98.000.000€

J2= 98.000.000€

J3= 100.000.000€

GM 4% (1,04)

QB 2.000.000€

JB 99.840.000€

GoA 13.840.000€

GmA 9.200.000€

AS 4.640.000€