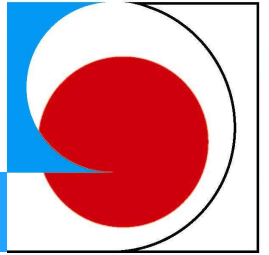


# **Anspruch des Patienten auf Überleitungsmanagement- Möglichkeiten und Grenzen vertraglicher Instrumente**

**Dr. Matthias Geiser**  
**Geschäftsführer in der BWKG**

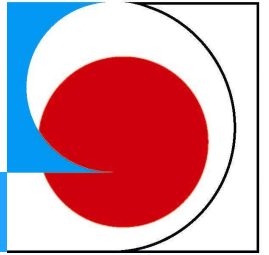


„Das Ganze ist mehr als die Summe seiner Teile“



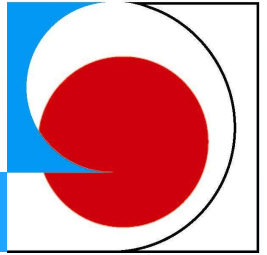
das Ganze: optimaler Behandlungspfad

die Teile: beteiligte Leistungserbringer

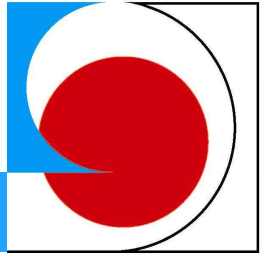


„Die Komplexität chronischer Krankheiten stellt besondere Anforderungen an eine angemessene Organisation und Abstimmung der unterschiedlichen Behandlungssätze. (Gesundheitsförderung, Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege) im Zusammenspiel der Versorgungseinrichtungen, Leistungserbringer und Kostenträger. Es ist unter anderem diese Komplexität, die eine adäquate Behandlung häufig so auffällig für Versorgungsprobleme im Sinne einer Über-, Unter- und Fehlversorgung macht.“

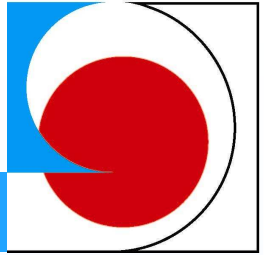
Sachverständigenrat 2001



- **Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 4 SGB V**  
Soziale Betreuung und Beratung des Versicherten im Krankenhaus
- **Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V**  
Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Rehabilitation
- **Vertrag nach § 112 Abs. 2 Nr. 5 SGB V**  
Nahtloser Übergang von der Krankenhausbehandlung zur Pflege



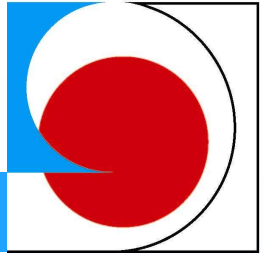
- **Vertrag nach § 115 Abs. 2 Nr. 2 SGB V**  
Gegenseitige Unterrichtung und Überlassung von Krankenunterlagen
- **Verträge zur integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V**
- **Vereinbarungen über die Umsetzung von strukturierten Behandlungsprogrammen nach § 137 f SGB V**



„Die Krankenhausbehandlung umfasst auch soziale Betreuung und Beratung (...) durch den Sozialdienst“ (Vertrag § 112 Nr. 4)

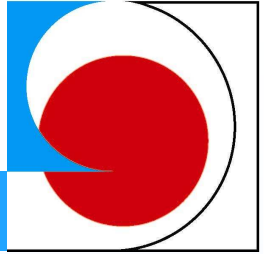
„Patienten, bei denen (...) erkennbar wird, dass Rehabilitationsmaßnahmen in Betracht kommen, sollen frühzeitig beraten werden“ (Vertrag § 112 Nr.5)

„Soweit nicht während der Krankenhausbehandlung die Notwendigkeit von weiterführenden Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit abzeichnet, wirken (...alle) darauf hin, dass die erforderlichen Maßnahmen rechtzeitig eingeleitet werden“ (Vertrag § 112 Nr. 5)



„Der Versorgungsauftrag beinhaltet (...) die Zusammenarbeit der Integrationspartner“ (IV Vertrag Rückenschmerz)

„Zu den Aufgaben des DMP-verantwortlichen Arztes gehören (...) die Koordinationen der Behandlung der Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer“ (DMP-Brustkrebs)



Alle vertraglichen Regelungen haben reine appellative Funktionen

⇒ keine Evaluationen

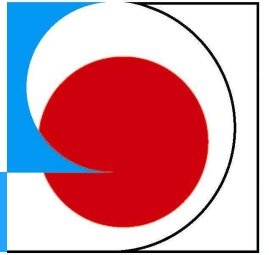
⇒ keine Sanktionen

⇒ keine Incentives

aber:

Weiche Ziele sind nur über Anreize zu erreichen





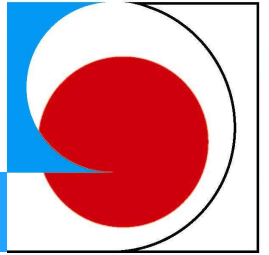
Anreizsysteme funktionieren auch an Schnittstelle Akut / Reha

**Anreiz: Kostenoptimale Versorgung des Versicherten**

⇒ gezielte Ansteuerung von Reha-Einrichtungen durch die Krankenkasse

**Anreiz: Kostenreduzierung bei konstantem DRG-Erlös**

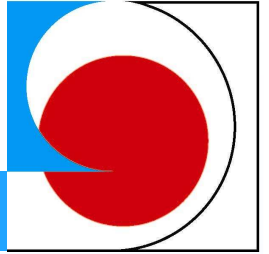
⇒ Verweildauerverkürzung, frühere Einleitung der Rehabilitation / Pflege



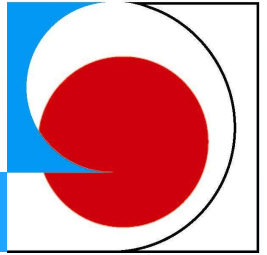
## § 11 Abs. 4 SGB V – ein weiterer Appell?

„Versicherte haben Anspruch auf ein Versorgungsmanagement (...). Die betroffenen Leistungserbringer sorgen für eine sachgerechte Anschlussversorgung. Sie sind (...) von den Krankenkassen zu unterstützen. (...) Soweit in Verträgen nach §§ 140 a bis 140 d nicht entsprechende Regelungen vereinbart sind, ist das Nähere im Rahmen von Verträgen nach § 112 oder § 115 (...) zu regeln.“

⇒ **neuer Anspruch aber alte Instrumente**



Anspruch auf Versorgungsmanagement gemäß § 11 Abs. 4 SGB V bleibt (wirkungslose) Appellativ-Regelung, wenn sich Anreizsystem nicht verändert



## Vergütungsanreiz in Regelungen zur integrierten Versorgung

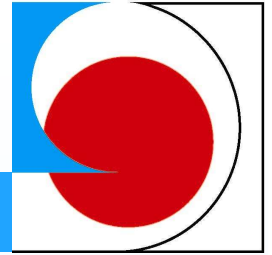
### 1. Aktuelle Vergütungssituation

Akut		Reha		Gesamt
1	+	1	=	2

int. Versorgung	=	1,8
-----------------	---	-----

### 2. Notwendige Vergütungssituation

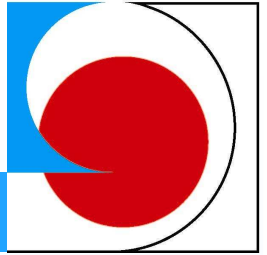
Akut		Reha		Gesamt
int. Versorgung	=	2,2		



## 3. Langfristige Vergütungssituation

Akut		Reha		Gesamt
0,9	+	0,9	=	1,8

int. Versorgung	=	2,0
-----------------	---	-----

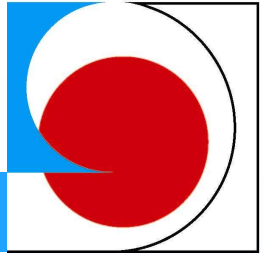


## **Gestaltungsanreiz in Regelungen zur integrierten Versorgung**

- ⇒ Leistungserbringer sorgen für Anschlussversorgung
- ⇒ Krankenkassen unterstützen

## **Enge Kooperation zwischen Akutkrankenhäusern und Reha-einrichtungen vertraglich absichern. Krankenhaus gewinnt zu Lasten der Krankenkassen Einfluss auf Patientensteuerung**

- ⇒ Belegungssicherung für Rehabilitationseinrichtungen
- ⇒ Reduzierung des administrativen Aufwands
- ⇒ geschlossene Behandlungskette



## Landesverträge nach § 112, 115 SGB V

- ⇒ brauchen konkrete Regelungstatbestände
- ⇒ müssen überprüfbar / einklagbar sein
- ⇒ Neigen zur Komplexität, um Vielzahl der Interessen Rechnung zu tragen

Beispiel: einheitlicher, gemeinsamer Überleitungsbogen

