

## Integrierte Versorgung

## Neue Strukturen mit neuen Gefahren?

Foto: Archiv

Bereits seit mehreren Jahren wird eine neue Versorgungsform, die integrierte Versorgung intensiv und kontrovers diskutiert. Verantwortliche aus unterschiedlichen gesundheitspolitischen Bereichen fordern diese neue Regelversorgung. Bei der Umsetzung der integrierten Versorgung bieten Verbundformen wie Praxisnetze besonders der Ärzteschaft Vorteile.

Längst hat die Idee der integrierten Versorgung mit dem § 140 im fünften Sozialgesetzbuch Einzug gehalten. Mit der neuen Versorgungsform verbindet sich der Wunsch nach einer patientenorientierten, „besseren“ Versorgung (insbesondere chronisch kranker Patienten) und einem hohen Einsparpotenzial durch Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Nutzung von Synergieeffekten. Letztere meint die gemeinsame Nutzung und höhere Auslastung von Einrichtungen, Geräten und medizinischem Know-how. Erreicht werden soll dies durch eine übersektorale Kooperation und Kommunikation in allen medizinischen Bereichen.

In einer sektorübergreifenden Anbieterstruktur nehmen „zugelassene“ Krankenhäuser eine zentrale Rolle ein; sie müssen sich aber gleichzeitig dem vertragsärztlichen, ambulanten Bereich öffnen. Unter diesen Vorstellungen ist die integrierte Versorgung ein koordinierter Versorgungsverbund mit mehreren dem Krankenhaus vor- und nachgelagerten Bereichen. Das Szenario der Kritiker: Diese Versorgungsform führt zum Aufbau von „Gesundheitszentren“ mit weniger Krankenhäusern und insgesamt geringeren Bettenkapazitäten. Gleichzeitig nimmt die Spezialisierung besonders im stationären Sektor zu: Die stationäre Leistung soll dabei die

„Hochleistungsmedizin“ darstellen. Hier besteht jedoch eine existenzielle Gefahr für die Zukunft der niedergelassenen Fachärzteschaft.

#### Noch knirscht es im Getriebe

Über viele Fragen wird nach wie vor heftig diskutiert. Auf zahlreiche detaillierte Fragen gibt es noch keine Antworten. Beim stationsersetzenden ambulante Operieren nach § 115 b SGB V und im Bereich der Disease-Management-Programme nach § 137 f SGB V (beide Gesetze werden oft als „Mini-Form“ der integrierten Versorgung deklariert), kommt man vorerst nur in kleinen Schritten voran, obwohl diese eher konkrete, ausgesuchte und „überschaubare“ Leistungen beinhalten. Die Gründe, warum es hier noch so deutlich im Getriebe knirscht, sind vielfältig. Die KBV und die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen haben schon vor Jahren eine Einigung über die Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der integrierten Versorgung verabschiedet. Aber im Bereich der konkreten, kombinierten Vergütung, der Budgetbereinigung mit dem Ausgleich zwischen dem stationären und ambulanten Sektor, geht es nur zögerlich voran. Niemand weiß einfach so recht, was unter den künftigen Prämissen (DRGs und EBM 2000plus) schon ohne integrierte Versorgung auf die Beteiligten zukommen wird. Die

Konzeption und die Umsetzung fällt allen Parteien (Gesetzgeber, Kostenträger, Institutionen und Trägerschaften von Vertrags- und Klinikärzten) sehr schwer. Es werden Forderungen nach Prozessen und Ergebnissen laut; dabei fehlen vielerorts die nötigen Strukturen, innerhalb derer die gewünschten Prozesse ablaufen sollen.

#### Die integrierte Versorgung wird kommen

Die Umsetzung dieser Versorgungsform ist eine der zentralen Perspektiven im deutschen Gesundheitswesen. Zahlreiche Vorbilder existieren schon im Ausland. Die integrierte Versorgung wird sicher vorangetrieben und eingeführt werden, sodass die Ärzteschaft sich zunehmend mit dieser Thematik auseinandersetzen muss. Die bei erster Betrachtung vermeintlich gegensätzlichen Ziele, die Verbesserung der Qualität und die Reduktion von Kosten, werden in Deutschland in der politischen Diskussion immer mehr betont. Die im Gesetz definierte „leistungssektorübergreifende Versorgung“ eröffnet den Handlungsspielraum für eine Vielzahl von Projekten. Der Lösungsansatz besteht in vernetzten Strukturen: in Praxisnetzen und „Gesundheitszentren“. Die integrierte Versorgung ist ein regionales Versorgungssystem. Dabei kann ein Praxisnetz ein „regionales Gesundheitszentrum“ darstellen. Dies ist an einigen Stellen im Rahmen von Disease-Management-Programmen im Bereich „Brustkrebs“ schon umgesetzt worden.

#### Wer kommt als Vertragspartner in Frage?

Partner bei der integrierten Versorgung sind zum einen die Vertragsärzte – in Verbänden wie Praxisnetzen auf regionaler oder Gesundheitszentren auf lokaler Ebene. Direktverträge können zwischen gesetzlichen Krankenkassen oder deren Verbänden und einzelnen Ärzten zustande kommen. Allerdings macht dies nur Sinn, wenn die Summe der

Einzelverträge den Zielen der integrierten Versorgung auch gerecht werden kann. Die Verträge werden also in aller Regel nicht parallel laufen, sondern miteinander verknüpft sein. Nicht-ärztliche zugelassene Dienstleister (z. B. Pflegedienste, Physiotherapeuten) können in sinnvoller Kooperation gemeinsam oder einzeln oder mit der Ärzteschaft und den Kostenträgern entsprechende Verträge abschließen. Auch unter diesem Aspekt ist als interdisziplinärer, übersektoraler Vertragspartner ein Verbund, ein Praxisnetz oder ein Zentrum medizinisch und wirtschaftlich sinnvoll. Die Ziele eines Praxisnetzes müssen dabei beispielsweise in der jeweiligen Satzung klar formuliert sein. Auch die Verbindlichkeiten und Haftung der Kooperationspartner sind eindeutig zu regeln. Der Wahl der Kooperationsform, also der Gesellschaftsform, kommt fundamentale Bedeutung zu, da durch sie insbesondere die Haftung nach geltendem Recht (BGB) festgelegt ist. Nicht zu vergessen sind die KVen, die ebenfalls als Vertragspartner in Frage kommen.

#### Qualität benötigt zusätzliche Mittel

Die Bedeutung von „Qualität“ ist schwer zu greifen. Qualität lässt sich aufgliedern in Struktur-, Prozess-, und Ergebnisqualität. Um ein Ziel, beispielsweise die Kostenreduktion zu erreichen, müssen eindeutige Prozesse auf klar definierte Strukturen aufgesetzt werden. In Qualitätszirkeln erarbeitete Leitlinien regeln die medizinischen Prozesse, um ein sinnvolles medizinisches Ergebnis zu erhalten. Diese müssen auf betriebswirtschaftlich funktionierende Strukturen übertragen werden. Es fällt nicht schwer nachzuvollziehen, dass die Einzelpraxis oder die einzelne spezialisierte Klinik in der bestehenden Versorgungsform, dem allein nicht gerecht werden kann. Schon gar nicht, wenn die Einnahmen der gesetzlichen Krankenkassen rückläufig sind. Der Mindestpreis der Leistungen für die zu erbringende Qualität kann ohne zusätzliche Mittel, wie etwa aus der sektoralen Budgetbereinigung, wohl nur schwer honoriert werden. Qualität kostet nun einmal etwas, doch kann sich niemand Qualität leisten, wenn diese nicht adä-

quat vergütet wird beziehungsweise vergütet werden kann. Um hier als geeigneter Verhandlungspartner auftreten zu können, empfiehlt es sich wiederum, gegenüber den Krankenkassen als einheitliche Gruppe aufzutreten. Schon bei der Gründungskonzeption eines Verbundes sind die Kriterien zur Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu formulieren. Diese Eingangskriterien sind Qualitätsanforderungen an alle Kooperationspartner und müssen Strukturmerkmale wie etwa Räumlichkeiten, aber auch erforderliche Qualifikationen, zusätzliche Fort- und Weiterbildungen, technische Standards etc. benennen.

#### Datenmanagement im Verbund einfacher

Die Qualität in einem Versorgungssystem muss nachvollziehbar und messbar sein. Erst die erfolgreiche Evaluierung von Daten begründet den Preis der Leistung und damit die Grundlage sowie die Fortsetzung eines Vertrages in der integrierten Versorgung. Die Datenerhebung, das Verarbeiten und Analysieren von Daten aber auch das damit verbundene Controlling („Navigation“) sowie eine kontinuierliche Leistungsverbesserung sind hier existenziell. Vernünftiges Datenmanagement erschließt neue Erkenntnisse und steuert die Transparenz unter der Beachtung der gesetzlichen Datenschutzrichtlinien. Dabei kommt der EDV größtmögliche Bedeutung zu, denn nur mit ihr kann man mit einfachen Mitteln und geringem Zeit- und Kostenaufwand der Datenmenge Herr werden und die gewünschten Analysen durchführen. Hier liegt der Vorteil wiederum bei Praxisnetzen, die das EDV-technische Know-how allen beteiligten Partnern zur Verfügung stellen und das gesamte Datenmanagement kontrollieren und navigieren können.

#### Honorar, Budget und Sicherstellungsauftrag

Die Vergütungsmodalitäten bei der integrierten Versorgung sind flexibel. Die Leistungen können beispielsweise als Festbetrag, nach Einzelleistungen, als Kopfpauschale, als Fallpauschale oder aus einer Kombination der genannten

Berechnungsformen honoriert werden. Die an der integrierten Versorgung teilnehmende Ärzteschaft muss hier eigene Budgetverantwortung übernehmen, unabhängig davon ob eine KV einen wie auch immer gestalteten Anteil am Vertragswerk hat oder nicht. Die Budgetverantwortung liegt schon im eigenen Interesse der Ärzte, nicht noch mehr Punktmengen bei floatenden Punktwerten „nachhamstern“ zu müssen, sondern sich auf ihre Kernleistungen konzentrieren zu können. Die integrierte Versorgung beinhaltet auch die komplette Verantwortung für die Versicherten und den damit verbundenen Sicherstellungsauftrag. Nur eine große Organisation kann diese vor allem finanziell belastende Verantwortung und die ebenso kostenträchtige Sicherstellung übernehmen. Das damit verbundene betriebswirtschaftliche wie auch das medizinische Risiko kann niemals – auch nicht von einer Krankenversicherung – „einzeln“ getragen werden.

Zur Finanzierung einer Netzstruktur sind allerdings Investitionen nötig: „Ohne Investment kein Return of Investment“. Dabei ist klar zu erkennen, dass das nötige Investment anfänglich eindeutig zu Lasten der niedergelassenen Ärzteschaft geht, selbst wenn Kliniken und Kostenträger davon profitieren.

#### Fazit

Ziel der integrierten Versorgung ist eine patientenorientierte Versorgung durch ein System, das kostensparend Synergien nutzt sowie nicht abgestimmte und ineffiziente Mehrfachdiagnostik oder -therapie vermeidet. Dieses regionale Versorgungssystem wird sich wohl für eine zunehmende Anzahl von Patienten durchsetzen. Für die Teilnahme sind Verbundstrukturen wie regionale Praxisnetze oder lokale Zentren vorteilhaft, da sich für die beteiligten Partner viele Risiken mindern und Qualität gemeinsam effizienter erzielen lassen.

**Dr. med. Wolfgang Meissner**  
 Ärztliches Praxis-, Praxisnetz- und Projektmanagement