

Mandantenbrief

Integrierte Versorgung

Ein Jahr nach den gesetzlichen Neuregelungen gibt es erste Erfahrungen aus der Arbeit im Rahmen der Integrierten Versorgung. Die Euphorie derer, die frohen Mutes einen integrierten Versorgungsvertrag abschließen wollten, um sich darüber ihr einbehaltenes Budget zurückzuholen, ist zunächst verflogen. Dies lag nicht zuletzt daran, dass die Rahmenbedingungen für einen Vertragsabschluss kaum bekannt waren und der damit verbundene Aufwand von allen Beteiligten unterschätzt wurde.

Wir erinnern uns: Das Thema der Integrierten Versorgung ist keineswegs neu. Bereits mit der Gesundheitsreform 2000 eingeführt, stieß der Ansatz bei den Leistungserbringern zunächst auf wenig Gegenliebe. Dies lag nicht zuletzt daran, dass mit der Gesundheitsreform 2004 eine Eingangslösung zur Finanzierung der Integrationsprojekte gefunden wurde, was damit für neue Impulse auf dem Markt sorgte. Damit die Zusammenarbeit zwischen den Sektoren besser funktioniert, gibt es für zwei Jahre - von 2004 bis 2006 - ein Anschubbudget, das jeweils 1 % der ärztlichen Gesamtvergütung (ca. 220 Mio. Euro) und 1 % der Krankenhausbudgets (ca. 460 Mio. Euro), also rund 680 Mio. Euro umfasst. Freilich wurde dieser Topf nicht zusätzlich in die Gesamtfinanzierung gegossen, sondern von den zuvor genannten Budgets einbehalten. Der Anreiz der beteiligten Leistungserbringer ist also nachvollziehbar, sich über einen IV-Vertrag das Einbehaltene wiederzuholen.

Integrierte Versorgung lässt die Kasse klingeln

So oder ähnlich dachten viele Ärzte, die im vergangenen Jahr recht naiv mehrere hundert Anträge bei den Kassen einreichten, deren Umsetzung jedoch nach Prüfung erfolglos blieb. So einfach ist es sicherlich nicht, denn der Hintergrund der Integrierten Versorgung ist, über die Anschubfinanzierung den Einstieg zu erleichtern um danach langfristig Kosten zu sparen. Daher ist es auch ein Irrglaube, man könne über den IV-Vertrag leicht zusätzliches Geld verdienen. Nach der Anschubfinanzierung, die nach derzeitigem Stand Ende 2006 endet, soll es eine Bereinigung der Vergütung geben.

Danach ist der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2, Satz 1 Nr. 1 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Das bedeutet, dass es vergleichbar zu den morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumina bei den niedergelassenen Ärzten, auch in der Integrierten Versorgung ein behandlungsbezogenes Budget pro Fall und Patientengruppe geben könnte. Unterschiedlich zu der Vergütung über Regelleistungsvolumina der KV ist, dass hier direkt die Kasse der Partner ist und das Budget nicht aus der Masse getragen, sondern aus dem Einzelfall errechnet wird. Eine Mengenbegrenzung sollte dabei aber nicht angesetzt werden. Damit sich die Teilnahme für die Leistungserbringer Krankenhaus und Arzt lohnt, wird es davon abhängen, in wie weit

die Prozesse zwischen den Vertragspartnern im Sinne des § 140 b, Abs. (3) geregelt sind. Dort heißt es:

Insbesondere müssen die Vertragspartner die Gewähr dafür übernehmen, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie die medizinischen und medizinisch-technischen Voraussetzungen für die vereinbarte integrierte Versorgung entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und des medizinischen Fortschritts erfüllen und eine an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierte Zusammenarbeit zwischen allen an der Versorgung Beteiligten einschließlich der Koordination zwischen den verschiedenen Versorgungsbereichen und einer ausreichenden Dokumentation, die allen an der integrierten Versorgung Beteiligten im jeweils erforderlichen Umfang zugänglich sein muss, sicherstellen.

Somit sollte auch der letzte Zweifler und Reformmuffel verstehen, dass von den Kostenträgern sämtliche Vergütungshebel, sei es im Krankenhaus über die DRGs, in den Arztpraxen über die morbiditätsorientierten Regelleistungsvolumen und bei den Direktverträgen über die Integrierte Versorgung auf Kostenersparnis gestellt wurden. Für die Integrationsversorgung prophezeien nicht wenige Ärztevertreter, dass nur die niedergelassenen Ärzte langfristig überleben, die sich dem Thema öffnen und sich dieser Versorgungsform anschließen.

Will man in diesem Zusammenhang ein provokantes Beispiel bemühen, so gab es Erfahrungen bereits in anderen Märkten: Der Supermarkt bietet viele Produkte zu günstigen Preisen an, da die Flächenausnutzung, die Prozessoptimierung in der Abwicklung mit

günstigen Einkaufskonditionen und einer perfekten Logistik hilft Kosten zu sparen. Diese Kostenvorteile werden dem Kunden weitergegeben, der das große Angebot gerne annimmt. Der kleine Einzelhändler wird sich dem Preiskampf stellen müssen, kann aber hinsichtlich seiner Einzelstellung die Preise aus mangelnder Infrastruktur und Größe nicht senken. Übertragen auf die Integrierte Versorgung würde dies in ferner Zukunft bedeuten, dass der Patient in diesem Fall die freie Wahl des „Einkaufens“ nicht mehr hat, da er sich für die Behandlung über IV eingeschrieben hat, und die Kasse ihm den Weg vorgibt.

Der Weg ist das Ziel

Wir befinden uns noch in den Kinderschuhen auf dem Weg der Umsetzung, man sollte daher nicht erwarten, zu Beginn eines Jahre andauernden Prozesses alle Detailprobleme gelöst zu haben. Vielmehr gilt es aus den bereits erreichten Ergebnissen positive Schlüsse zu ziehen:

Man hat erkannt, dass die unterschiedlichen Individualvereinbarungen der Kassen einen immensen bürokratischen Aufwand bei den Leistungserbringern nach sich ziehen und zu einer unterschiedlichen Behandlung der Patienten, je nach Vertrag führen. Es sollten daher kassenartenübergreifende Verträge entwickelt werden, die eine zügigere Bearbeitung der Fälle zulassen. Nach derzeitiger Einschätzung würde dies eine Zusammenarbeit der Kassen bedeuten, was wiederum dem Wettbewerb um die günstigsten Versicherungsbeiträge entgegenstehen würde. Es wird daher abzuwarten sein, welche Lösungen in diesem Jahr zu kassenübergreifenden Richtlinien von den Kostenträgern entwickelt werden.

Zeitnaher umzusetzen ist der Wechsel innerhalb einer Kasse von indikationsbezogenen Verträgen für Patienten hin zu den populationsbezogenen Verträgen. Dazu würden sämtliche Behandlungen der Vertragspartner, im Rahmen ambulant-stationärer Versorgung der Kliniken, mit den niedergelassenen Ärzten fachübergreifend nach Schwerpunkten verzahnt abgerechnet werden können. Die entsprechenden Leistungen werden innerhalb der jeweiligen Fachbereiche definiert und über den IV-Vertrag abgerechnet. Der Patient, der sich bei seiner Kasse für die Integrierte Versorgung eingeschrieben hat, könnte so ein breiteres Leistungsspektrum nutzen. An tragfähigen Lösungsmodellen wird zurzeit gearbeitet, so dass noch in diesem Jahr Vorschläge zu erwarten sind.

Der Patient, der sich letztendlich zur Behandlung im Rahmen eines IV-Vertrages verpflichtet, muss viel besser über die Vorteile einer abgestimmten, sektorenübergreifenden Behandlung informiert werden. Letztendlich sollte das Ziel nicht sein, über Beitragssenkungen den Kunden zu fangen und dem Arzt die Aufklärungspflicht aufzubürden.

Die Konzepte müssen auf Seiten der Leistungserbringer umfassender werden, damit sie langfristig erfolgreich sind. So werden derzeit noch IV-Verträge abgeschlossen, die nach Vorstellung der Kassen eigentlich gar keine sind. Diese könnten dann die ersten sein, die nach den Wirtschaftlichkeitsprüfungen ab 2007 wieder verschwinden, sollten die Prozesse bis dahin ein kosteneffizienteres Arbeiten nicht zulassen. Das im GMG geforderte Qualitätsmanagement hilft dabei, dem Anspruch an die Prozessoptimierung und den Dokumentationspflichten im Rahmen der IV-Verträge positiv zu begegnen.

Es gibt also noch jede Menge zu tun, man sollte aber nicht vor dem Aufwand zurückschrecken. Letztlich haben alle Maßnahmen das gleiche Ziel und sind für den Betrieb jedes einzelnen zwar zunächst mit hohem Aufwand und Kosten verbunden, langfristig bereiten sie die Leistungserbringer aber auf den steigenden Wettbewerb vor und sind somit als existenzsichernde Maßnahmen zu sehen.

Erst das Vorhaben genau definieren

Was ist der richtige Weg? Es ist anzuraten, sich professioneller Unterstützung zu versichern, da es auf dem Weg der Umsetzung zahlreiche Dinge zu bedenken gibt. Dazu gehört u. a.:

- Festlegung der Vertragspartner (Klinik, Medizinzentrum, Gesundheitsdienstleister, KK, Niedergelassene Ärzte etc.)
- Aufstellung der Indikationslisten (ambulant, kurzstationär, stationär)
- Leistungsumfang (z.B. auch Vor- und Nachbehandlung)
- Festlegung der Verfahrensweisen (Leistungserfassung und Leistungsabrechnung, Datentransfer)
- Sondervereinbarungen zum Krankentransport
- Kriterien zur Qualitätssicherung

Nach Klärung der Fragen ist dieses Geschäftskonzept mit den Beteiligten wie eine professionelle Unternehmung zu behandeln. Es ist daher notwendig, einen Businessplan zu erstellen.

len, der eine ausführliche „Produktbeschreibung“, Teamvorstellung mit Kompetenzen, das Geschäftssystem mit Organisationsstruktur und Personalplanung, einen Realisierungsfahrplan mit den bekannten Risiken und eine umfassende Finanzplanung mit Umsatzprognosen enthält.

Die Integrierte Versorgung bietet eine sehr gute Möglichkeit, bereits heute die zukünftige Leistungserbringung „zu leben“. Es empfiehlt sich daher, trotz des Wissens um die lückenhaften Regelungen, sich mit dem Thema zu befassen und für sich die individuelle Situation zu prüfen.

Selbst wenn die zurzeit am Markt vorhandenen Formen eher als „IV-Verträge light“ zu bezeichnen sind, bieten sie einen guten Einstieg zur Weiterentwicklung und bereiten die Teilnehmer auf die künftige Versorgungsstruktur gut vor. Langfristig ist es entscheidend, die Prozesse kosteneffizient zu gestalten, um den Nutzen für alle Beteiligten sicherzustellen.