

# Mandantenbrief

## Integrierte Versorgung

Die Integrierte Versorgung (§ 140 a-d SGB V) verzeichnet derzeit eine rasante Entwicklung. Nicht nur durch den Koalitionsvertrag (November 2005), sondern auch durch die Verlängerung der Anschubfinanzierung um 1 Jahr (bis 01.01.2008) erhalten die Akteure nun mehr Planungssicherheit.

Bis zum 31.03.2006 wurden 2214 Vertragsmeldungen bei der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS) registriert, ein halbes Jahr zuvor waren es ca. 1700 Vertragsmeldungen.

Die Entwicklung hin zu Individual-Verträgen, d. h. Direktverträge zwischen Krankenkasse und Leistungserbringern, ist also nicht mehr aufzuhalten. Entsprechend der BQS-Statistik sind bereits in 855 Verträgen niedergelassene Ärzte als Vertragspartner beteiligt. Dies ist eine erfreuliche Entwicklung, standen doch gerade die Vertragsärzte lange Zeit der Integrierten Versorgung skeptisch bis ablehnend gegenüber. Inzwischen haben viele erkannt, daß die Integrierte Versorgung eine Reihe von Chancen für alle medizinischen Leistungserbringer bereithält; die wichtigsten seien hier nochmals aufgeführt:

- Stärkung der Patientenbindung
- Implementierung eines gemeinsamen, transsektoral wirkenden Qualitätsmanagements
- Marketingpotentiale
- Stärkung der Marktposition
- Möglichkeiten zur Steigerung der Erlöse (Zusatzerlöse)

Auch die **Krankenhäuser** werden von der Teilnahme an der Integrierten Versorgung profitieren. Sie verfügen bereits über ein modernes, leistungsfähiges Management und sind auf der Basis der DRG-Vergütung bestrebt, die erforderlichen Ressourcen optimal einzusetzen.

### Zur Erinnerung:

Die Integrierte Versorgung (IV) ist ein Managed Care Programm und beinhaltet die sektorübergreifend und interdisziplinär abgestimmte, Leitlinien-gestützte, qualitätsgesicherte Patientenversorgung. Die beteiligten Leistungserbringer übernehmen gemeinsam, gemäß der vertraglichen Vereinbarungen, die Gewährleistung für die Prozeß- und Ergebnisqualität des gesamten vereinbarten Behandlungsverlaufes sowie die Verantwortung für das vertraglich vereinbarte Budgetvolumen.

Vor dem Hintergrund der o. g. Zielsetzungen der Managed Care Programme entwickeln sich neue Wettbewerbselemente. Der Wert eines Gesundheitsunternehmens (Krankenhaus, Praxis, Facharztzentrum, Ambulante Pflegeeinrichtung etc.) wird künftig auch beeinflusst durch die Quantität und Qualität von tragfähigen Individualverträgen (z. B. Verträge zur Integrierten Versorgung) mit den Kostenträgern.

Innovative Kooperationsformen und neue betriebliche Infrastrukturen bilden dabei die Basis für eine qualitätsgesicherte, effiziente, leistungssektorübergreifende und patientenorientierte Versorgung.

### Die Vergütung in der Integrierten Versorgung

Die derzeit im deutschen Gesundheitswesen etablierten Vergütungssysteme der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind im stationären Bereich das G-DRG-System, ein leistungsbezogenes, pauschaliertes Entgeltsystem, geregelt in § 17 b KHG und im ambulanten Bereich der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM), der die abrechnungsfähigen ärztlichen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander enthält.

Die Leistungsvergütung in der IV ist im Gegensatz zur Vergütung im DMP nicht an die gängigen Vergütungssysteme gebunden und kann somit zwischen den Vertragspartnern frei verhandelt werden. Diese vergütungsbezogene Gestaltungsfreiheit birgt wiederum Chancen und Risiken für die Leistungserbringer. Nur diejenigen werden in diesem System profitieren, die vorher die vertraglich zu vereinbarenden Leistungen hinsichtlich sämtlicher Kosten präzise ermittelt haben. Jeder Leistungserbringer haftet nämlich im Rahmen der IV für seinen Teilleistungsbereich hinsichtlich der vereinbarten Ergebnisqualität. Eine vorangehende Risikoanalyse hilft dem Leistungserbringer, die behandlungstypischen Risiken für seine Einrichtung zu kalkulieren. Dadurch erhält er wertvolle Informationen über die Wirtschaftlichkeit der teilbereichsbezogenen Behandlung und die entsprechenden Erlösmöglichkeiten.

Jeder beteiligte Leistungserbringer muss seine Prozesse im Rahmen der IV-Gesamtbehandlung genau definieren und die Kosten sämtlicher Teilprozesse kalkulieren (Prozesskostenanalyse).

### Lässt Integrierte Versorgung die Kasse klingeln ?

Zunächst strebten alle Leistungserbringer an, sich die von den Kassen im Rahmen der Rechnungskürzung oder der Gesamtbudgetkürzung einbehaltenen Beträge „zurückzuholen“, gerne sollte es auch ein wenig mehr sein. Verwundert waren sie hingegen, als die meisten der bei den Kostenträgern eingereichten Konzepte dankend abgelehnt wurden. Es ist also ein Irrglaube, durch IV-Verträge ließe sich leicht zusätzliches Geld verdienen. Vielmehr sollte die Teilnahme an der IV vorwiegend eine strategische Zielsetzung des Unternehmens *Praxis* sein.

Um es kurz zu machen: Die Integrierte Versorgung ist eine Unternehmensgründung mit allen erforderlichen Kriterien.

Es wird also davon abhängen, wie weit die Prozesse zwischen den Vertragspartnern im Sinne des § 140 b, Abs. (3) geregelt sind. Dort heißt es: *Inbesondere 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.*

### **Risiken**

Die Teilnahme an innovativen Versorgungsstrukturen birgt, wie jede andere markt- und wettbewerbsorientierte Unternehmung, auch Risiken für die Leistungspartner, z. B.:

- Steuerung der Patientenströme gelingt nicht
- vereinbarte Ergebnisqualität wird nicht erreicht
- vereinbarte Fallzahlen werden nicht erreicht
- negative Auswirkungen auf KH-Fallzahlbudget
- Kooperationspartner erweisen sich als ungeeignet
- Fallpauschale falsch kalkuliert (Risiko-Analyse !)

### **Haftungsrechtliche Aspekte**

Diejenigen Versicherungsunternehmen, die künftig IV-Verträge versichern, werden hohe Anforderungen an die Kompetenzen der Leistungserbringer stellen. Neben der Gewährleistung hoher Ergebnisqualität werden zusätzlich optimale Organisationsstrukturen die Voraussetzung bilden, um das Haftungsrisiko und damit die Versicherungsprämien zu kalkulieren.

### **Entwicklung von IV-Konzepten**

Hinsichtlich der Planung von Konzepten zur Integrierten Versorgung sei den Leistungserbringern hier nochmals folgendes Schema empfohlen:

- Definition der Diagnosengruppen
- Kalkulation einer realitätsnahen Fallzahlprognose

- präzise Definition des Leistungsumfangs
- Erstellung standardisierter Behandlungsprozesse (SOPs)
- Kostenermittlung aller Leistungen und Teilleistungen
- Standardisierung der Leistungsdocumentation und -Abrechnung
- Kalkulation der internen Vergütungsregelung
- Standardisierung der Kommunikationsstrukturen (IT)
- Einrichtung einer Organisationsstruktur (Management)
- frühzeitige Vorgespräche mit den Kostenträgern

### **Der Patient**

Je nach der Ausgestaltung des IV-Vertrages ist zu berücksichtigen, dass der IV-Patient hinsichtlich der administrativen und organisatorischen Aspekte einen „neuen Patiententypus“ - außerhalb der Regelleistungen der GKV und der PKV - repräsentiert und somit an alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen zusätzliche Anforderungen stellt.

### **Voraussetzungen für ein erfolgversprechendes IV-Konzept**

- hohe Kooperationsbereitschaft (sektorübergreifend)
- Verpflichtung zur Leistungs-, Abrechnungs- und Datentransparenz
- professionelles Management
- effizientes Case-Management
- optimierte interne Prozesse (damit auch optimierte P.-Kosten)
- Datentransparenz
- leitliniengestützte Behandlungspfade (transsektoral)
- optimierte Kommunikationstechnik (Telematik, e-Health)
- standardisiertes Qualitätsmanagement

## **Der Weg zur Integrierten Versorgung**

Grundsätzlich kann - auf der Basis der bisherigen Erfahrungen - gesagt werden, dass der Aufwand von Planung und Umsetzung von IV-Verträgen insbesondere von Seiten der Vertragsärzte kolossal unterschätzt wurde.

Es ist also dringend anzuraten, schon früh professionelle Unterstützung zu suchen, denn schon die initiale Zieldefinition bereitet den Leistungserbringern oft erhebliche Schwierigkeiten.

Nach Klärung des künftigen Geschäftskonzeptes ist der Businessplan zu erstellen, 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.

## **Fazit**

Die Integrierte Versorgung bietet den Leistungspartnern eine bisher im deutschen Gesundheitswesen unbekannteste Gestaltungsvielfalt. Insbesondere für gut organisierte Krankenhäuser und gut organisierte Zentren und Ärztenetze, die sich entschließen, an der Integrierten Versorgung (§ 140 a-d SGB V) teilzunehmen, eröffnen sich neue Chancen in innovativen Organisationsstrukturen und Kooperationsformen.

Das professionelle IV-Management erhält im Rahmen der Neuen Versorgungsformen eine herausragende Position. Denn im Rahmen der Individualverträge wird es neben der Einhaltung vertraglich vereinbarter Budgets die Gewährleistung hoher Qualität der

medizinischen Versorgung und des Patientenservice zu verantworten haben. Voraussetzungen für den Erfolg der Individualverträge sind Kreativität, Managementkompetenz, unternehmerischer Mut sowie hohe Dienstleistungsbereitschaft aller Beteiligten.

*Beitrag von Dr. med. Thomas Heil,  
Leiter Neue Versorgungsformen  
GBB Abteilung Clinic Concept*