



Deutsche Gesellschaft für
Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V.

Berlin, Juni 2009

3. Positionspapier

Formen Integrierter Versorgung heute und morgen

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung
im Gesundheitswesen e.V. (DGIV)

In dem vorliegenden Positionspapier nimmt die Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung Stellung zu aktuellen Fragen der interdisziplinär-fachübergreifenden und sektorenübergreifenden Zusammenarbeit im Gesundheitswesen unter besonderer Berücksichtigung innovativer Versorgungsformen.

Veränderungen der gegenwärtigen Versorgungslandschaft sind u. a. aus dem Auslaufen der Anschubfinanzierung und der Einführung des Gesundheitsfonds entstanden. Von besonderem Interesse ist die Entwicklung der Integrierten Versorgung gem. §§ 140 a ff SGB V und anderer innovativer Versorgungsformen. Aber auch innerhalb der Regelversorgung wächst die Bedeutung der Kooperation der Disziplinen, Fächer und Sektoren mit dem Ziel der Steigerung von Qualität und Wirtschaftlichkeit in allen Bereichen.

Inhaltsverzeichnis

1. Herausforderungen für die Zukunft

2. Das Prinzip der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen

...innerhalb der innovativen Versorgungsformen

...in der Kooperation/Verknüpfung innovativer Versorgungsformen

...in der derzeitigen Regelversorgung

3. Die Beteiligten bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung

Die Patienten

Der Gesetzgeber

Die Krankenkassen und andere Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung

Die Leistungserbringer

Die Krankenhäuser

Die vertragsärztlichen Leistungserbringer

Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Die Pflegeeinrichtungen

Die Industrie

Impressum

1. Herausforderungen für die Zukunft

Qualität und Wirtschaftlichkeit steigern

Demografische Entwicklung der Gesellschaft, Zunahme chronischer Erkrankungen, steigende Nachfrage nach Gesundheitsleistungen, wissenschaftlich-technischer Fortschritt und Begrenztheit der Mittel – in diesem Spannungsfeld bewegt sich das deutsche Gesundheitssystem.

Unser Gesundheitswesen verfolgt deshalb das Ziel, die Qualität und die Wirtschaftlichkeit der Versorgung gleichermaßen zu steigern.

Das Sozialgesetzbuch V hat im Zuge der Reformen des Gesundheitswesens eine Reihe von innovativen Versorgungsformen - darunter die Integrierte Versorgung gem. § 140 a ff – hervorgebracht, mit denen insbesondere den Krankenkassen Instrumente zur Verbesserung der Versorgung auf direktvertraglicher Grundlage an die Hand gegeben werden sollen.

Zur Verfolgung der bestehenden gesundheitspolitischen Ziele ist besonderes Augenmerk auf die integrative Zusammenarbeit in allen Bereichen des Gesundheitswesens zu legen.

Integrierte Versorgung als gesundheitspolitisches Prinzip

Integrierte Versorgung als gesundheitspolitisches Prinzip bedeutet ständige Verbesserung der interdisziplinär-fachübergreifenden bzw. sektorenübergreifenden Kooperation der Leistungserbringer mit dem Ziel einer optimierten medizinischen Versorgung und Pflege.

Mit dieser Definition stellt die DGIV heraus, dass das Prinzip der Integrierten Versorgung einerseits Prozesscharakter hat, also permanent verwirklicht werden muss, und andererseits von allen am Gesundheitswesen Beteiligten zu verwirklichen ist, also z. B. auch vom Gesetzgeber, den Regierungen von Bund und Ländern, den Organen der Selbstverwaltung, den Leistungserbringern, der Industrie etc.

Das Prinzip der Integrierten Versorgung muss allen innovativen Versorgungsformen mit interdisziplinärer bzw. sektorenübergreifender Kooperation immanent sein, orientiert somit auch auf die Kooperation bzw. Verknüpfung der verschiedenen Versorgungsformen und -projekte.

In diesem Sinne versteht die DGIV unter „Integrierter Versorgung“ - auch als Bestandteil ihres Vereinsnamens- nicht nur eine konkrete Versorgungsform i. S. der §§ 140 a ff SGB V, sondern vielmehr ein gesundheitspolitisches Prinzip, das alle innovativen Rechtsformen der medizinischen Kooperation – auch der Regelversorgung - erfasst.

Die DGIV betont, dass ihre Arbeit vor allem den Zweck erfüllen soll, die Effektivität der medizinischen Versorgung und Pflege in Deutschland zu verbessern. Das bedeutet in erster Linie, den Bürgern eine medizinische Versorgung und Pflege auf hohem Niveau zu sichern und zugleich bezahlbar zu halten.

Prozessorientierung

Zahlreiche Leistungserbringer haben damit begonnen, ihre Leistungsangebote intern und extern umzustrukturieren, mit Hilfe von IT zu vernetzen und im Sinne einer prozessorientierten Behandlung des Patienten zu optimieren.

Es findet ein Wandel vom abteilungsorientierten zum prozessorientierten Krankenhaus statt.

Andererseits prägt die vertragsärztliche Seite kurzstationäre praxisklinische Strukturen aus, durch die bereits in einem erheblichen Maße Behandlungsprozesse nahezu vollständig im ambulanten Sektor abgebildet werden können.

Ganz folgerichtig ist daher auch die nachhaltige Forderung der Leistungserbringer nach erleichtertem Zugang zum jeweils anderen Sektor, insbesondere als Forderung der Krankenhäuser nach ambulanten Genehmigungen.

Unverändert bietet die Regelversorgung derzeit noch zu wenig Möglichkeiten einer effizienten prozessorientierten medizinischen Kooperation der Sektoren.

Vertragsqualität

Zur Erreichung ihrer Ziele steht die DGIV dafür ein, ohne jeden Lobbyismus nahe an den Problemen und Interessenlagen der am Gesundheitswesen Beteiligten zu sein und Wege zur verbesserten Zusammenarbeit aufzuzeigen, damit die dadurch erzielbaren Effekte dem Gemeinwohl zugute kommen.

Die DGIV will weiterhin Plattform für alle Beteiligte und Ansprechpartner für die Qualität der Verträge sein.

Die DGIV greift aktuelle Probleme der Verwirklichung des Prinzips der Integrierten Versorgung auf und leitet sie ziel- und lösungsorientiert an Politik, Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung, Patienten, Leistungserbringer, Betriebe der Gesundheitswirtschaft etc. weiter.

2. Das Prinzip der Integrierten Versorgung im Gesundheitswesen

2.1. Das Prinzip der Integrierten Versorgung innerhalb der innovativen Versorgungsformen

Die Zusammenarbeit der Fächer, Disziplinen und Sektoren ist im Gesundheitswesen unverzichtbar. Dennoch bieten die Rechtsformen innovativer Versorgung für sich gesehen für die Verwirklichung dieses Anspruches nicht überall gleichermaßen gute Voraussetzungen.

Natürlich entspricht die Integrierte Versorgung gem. §§ 140 a ff SGB V von vornherein am besten den diesbezüglichen Anforderungen. Dennoch ist festzustellen, dass auch diese Versorgungsformen in ihren Möglichkeiten bei weitem noch nicht ausgelotet worden sind. Bei näherem Hinsehen sind viele Projekte zu einseitig auf wirtschaftliche Effekte ausgerichtet, werden die vorhandenen medizinischen Kapazitäten zu wenig dafür genutzt, die Qualität der Versorgung patientenwirksam zu verbessern.

Andere Versorgungsformen konzentrieren sich (mit Ausnahme der Modellverträge gem. §§ 63 f SGB V) auf den ambulanten Hauptsektor, so die Strukturverträge gem. § 73 a SGB V, die hausarztzentrierte Versorgung gem. § 73 b SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73 c SGB V und die Qualitätsverträge gem. § 136 Abs. 4 SGB V.

Mit dem GKV-OrgWG sind die Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung mit Gemeinschaften, die mind. 50 % der Hausärzte in einer Region vertreten, verpflichtet worden. Es wird sich zeigen, inwieweit sich diese im Widerspruch zur Freiwilligkeit der Vertragspartnerschaft bei Direktverträgen stehende strukturbildende Maßnahme versorgungsverbessernd bemerkbar macht.

In jedem Fall sollte bei der Ausprägung zentrierender Projekte – gleich, auf welche Gruppe von Leistungserbringern sie sich konzentrieren – der Blick auf die Kooperationspartner in der Kette nicht verloren gehen und dabei kritisch geprüft werden, welche Effekte dadurch erreicht werden.

Von besonderer Wichtigkeit ist deshalb die Evaluation der innovativen Versorgungsprojekte.

2.2. Das Prinzip der Integrierten Versorgung in der Kooperation/Verknüpfung innovativer Versorgungsformen

Zur Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung ist besonderes Augenmerk auf die Zusammenarbeit und Verknüpfung der innovativen Versorgungsprojekte zu legen. Das gilt insbesondere für eine Verknüpfung mit den Projekten zur hausarztzentrierten Versorgung, da davon auszugehen ist, dass die Sicherung der hausärztlichen Basis für viele Projekte von existenzieller Bedeutung ist, aber nicht jede innovative Versorgungsform von vornherein die Hausärzte unmittelbar einbezieht oder einbeziehen muss.

In diesem Zusammenhang ist es für die Ausgestaltung der „projektübergreifenden Zusammenarbeit“ wichtig zu klären, in welcher gesellschaftsrechtlichen Konstellation die Leistungserbringer in der jeweiligen Versorgungsform zusammenarbeiten.

Da man jedoch mittelfristig an einer Kooperation innovativer Versorgungsprojekte nicht vorbeikommt, sollten die den einzelnen zugrunde liegenden Verträge von vornherein so gestaltet werden, dass sie eine dahingehende Zusammenarbeit ermöglichen. Auf dieser Basis können die Voraussetzungen dafür geschaffen werden, Patientenpfade auch über verschiedene Versorgungsprojekte des jeweiligen Leistungsträgers auszuprägen.

Vor diesem Hintergrund wird in nicht all zu ferner Zukunft auch die Terminologie bezüglich der einzelnen Versorgungsformen zu überprüfen sein. Was heute noch als neue Versorgungsform anzusehen ist, könnte alsbald zu einem Bestandteil der Regelversorgung werden. Und ob es dann sinnvoll ist, in einer Zeit einer etablierten Vielfalt von Versorgungsangeboten den Begriff Regelversorgung überhaupt noch zu verwenden, muss zum gegebenen Zeitpunkt gleichfalls geprüft werden.

2.3. Das Prinzip der Integrierten Versorgung in der derzeitigen Regelversorgung

Das Prinzip der Integrierten Versorgung ist selbstverständlich auch in der heutigen Regelversorgung zu verwirklichen.

Nur auf den ersten Blick scheint diesbezüglich die Versorgung gut ausgerichtet zu sein.

Sowohl innerhalb als auch zwischen den Sektoren ist aber die Zusammenarbeit der Leistungserbringer verbesserungswürdig. Das liegt einerseits an eher subjektiv bedingten Hindernissen, die überwiegend durch traditionelle und strategische Ausrichtungen erklärt werden können. Andererseits bestehen aber immer noch gravierende rechtliche Barrieren für eine deutliche Verbesserung dieser Situation.

Bedingt durch die jahrzehntelange strikte Trennung der Sektoren im deutschen Gesundheitswesen steckt die unmittelbare Zusammenarbeit von Krankenhaus und Vertragsarzt immer noch in den Kinderschuhen. Das Belegarztwesen und (im immer noch sehr eingeschränkten Rahmen) die konsiliarärztliche Zusammenarbeit können als Beispiele für eine solche Zusammenarbeit dienen..

Allerdings hat die belegärztliche Tätigkeit wegen fehlender Attraktivität an Bedeutung verloren und gerade in letzter Zeit sind verstärkte Bestrebungen festzustellen, eine Zusammenarbeit von Krankenhaus und Vertragsarzt in den ambulant operierenden Fächern (wegen fehlender Rechtsgrundlage?) wieder mehr einzuschränken.

Es ist deshalb zu begrüßen, dass die Reform der Krankenhausfinanzierung der belegärztlichen Zusammenarbeit in einem ersten Schritt mehr Freiheiten einräumt.

Hier darf aber der Gesetzgeber nicht stehen bleiben. Wenn man davon ausgehen kann, dass die fachärztliche Versorgung im ambulanten Bereich auch langfristig durch niedergelassene Ärzte zu sichern ist, muss einer Kooperation der Krankenhäuser mit diesen Fachärzten mehr gesetzlicher Spielraum eingeräumt werden. Gerade die ambulant operierenden Fachärzte sind wegen ihres vertragsarztrechtlich garantierten hohen Qualitätsniveaus dafür prädestiniert, bestehende personelle Engpässe im Krankenhaus auszugleichen und durch effiziente Formen der Zusammenarbeit erhebliche Effekte auch für die Wirtschaftlichkeit der Versorgung im Krankenhaus zu generieren. Dass als eine Voraussetzung für eine solche weiter zu liberalisierende Zusammenarbeit an einer ausreichenden Präsenz des Vertragsarztes für die vertragsärztliche Versorgung festgehalten werden muss, versteht sich von selbst.

Aber auch innerhalb der Sektoren bietet die Zusammenarbeit der Fächer und Disziplinen in der Regelversorgung noch viele Verbesserungsmöglichkeiten. Nicht von ungefähr hat der Gesetzgeber versucht, durch Einführung neuer Versorgungsformen auch diesbezüglich bessere Rahmenbedingungen zu schaffen.

Allerdings erscheinen einige der hier bestehenden Probleme eher hausgemacht.

Unter anderem betrifft das die Zusammenarbeit von Ärzten bei Fachfremdheit aus Überweisungsfächern in Teilgemeinschaftspraxen gem. § 33 Abs. 2 Ärzte-ZV, § 15 a Abs. 5 BMV-Ä oder bei Anstellungen gemäß § 14 a Abs. 2 BMV-Ä. Selbstverständlich ist es zu verhindern, dass die Behandlungspfade der Patienten aus wirtschaftlich orientierten Motiven der betreffenden Leistungserbringer heraus festgelegt werden. Der Gesetzgeber und die Parteien der Bundesmantelverträge sind jedoch gefordert, hier eher andere Lösungen als neue Verbote zu generieren. Das gilt um so mehr dort, wo - wie im Fall des § 14 a Abs. 2 BMV-Ä - außerdem noch eine Ungleichbehandlung zwischen MVZ und Vertragsarzt festzustellen ist.

3. Die Beteiligten bei der Durchsetzung des Prinzips der Integrierten Versorgung

3.1. Die Patienten

Patienten sind die wichtigsten Partner in innovativen Versorgungsprojekten. Ihre Behandlung ist der Zweck der Versorgung. Innovative Versorgungsprojekte dienen also in erster Linie den Patienten und erst danach den Leistungsträgern und Leistungserbringern.

Vor diesem Hintergrund ist es erforderlich, dass die Patienten als Partner der Versorgung in die Vorbereitung, Gestaltung und Entwicklung von innovativen Versorgungsprojekten einbezogen werden. Innovative Versorgungsprojekte dienen dem Patienten, aber er wird (noch) nicht gefragt, ob und in welcher Art und Weise er innovative Versorgungsprojekte eigentlich will. In erster Linie liegt das an der geringen Präsenz von Patientenorganisationen und -verbänden, in zweiter Linie an der naturgemäß fehlenden fachlichen Kompetenz des medizinischen Laien Patient.

Dennoch muss diesbezüglich bei den Kassen ein Umdenken einsetzen.

Innovative Versorgungsprojekte erfassen in der Regel - auch wenn sie nicht vordergründig indikationsbezogen entwickelt werden sollten - Krankheitsbilder, die aufgrund ihres Schweregrades erhebliche Auswirkungen auf den Gesundheitszustand des Patienten, oftmals - insbesondere bei chronischen Verläufen - gravierenden Einfluss auf das Befinden der Betroffenen haben, so dass sie als größte Belastung der Lebensführung der Patienten empfunden werden. Entsprechend groß ist das Interesse auf Seiten der Patienten, diesen Belastungen mit möglichst optimaler Behandlung entgegenwirken zu können.

Selbstverständlich haben Jahrzehnte einleisiger Regelversorgung das Verhalten der Patienten geprägt. Jetzt jedoch wird das Versorgungsangebot vielfältiger; es besteht ggf. die Möglichkeit einer Auswahl. Die Kassen spezifizieren ihre Projekte als Instrumente im Wettbewerb. Hinzu kommt eine differenzierte Ausrichtung auf bestimmte Patientengruppen in der indikationsbezogenen Versorgung. Die innovativen Versorgungsprojekte bieten hier hervorragende Möglichkeiten, Produkte am Versorgungsmarkt zu platzieren, die durch ihre besonders gute Behandlungs-(und Pflege-)Qualität eine höhere Patientenzufriedenheit hervorrufen.

Dabei steht diese Entwicklung erst am Anfang.

Die Patienten sind es noch nicht gewohnt, sich mit den Versorgungsangeboten verschiedener Kassen aktiv auseinander zu setzen; die Kassentreue ist erheblich und das Hinterfragen der ersten Empfehlung des behandelnden Arztes eher die Ausnahme.

Aber der emanzipierte Umgang des Patienten mit seinem Selbstbestimmungsrecht wird wachsen. Wenn innovative Versorgungsprojekte einen stabilen, etablierten Platz in der Versorgungslandschaft einnehmen, werden Patienten schnell lernen, die Vorteile von Qualitätsprojekten auszuloten. Es ist zu erwarten, dass der gute Ruf indikationsbezogener Spitzenprojekte auch Einfluss auf die Kassenwahl der Patienten haben wird.

Welche Forderungen haben nun die Patienten bezüglich der Behandlung ihrer Krankheiten?

Vor allem Anderen steht selbstverständlich eine bessere Behandlungsqualität. Da sich der Patient in der Regel nicht in der Verantwortung sieht, auch einen Beitrag zur Wirtschaftlichkeit der Versorgung leisten zu müssen, erhebt er - was nachvollziehbar ist - von vornherein den Anspruch, die bestmögliche Behandlung in Anspruch nehmen zu dürfen.

In diesem Zusammenhang spielt auch der Wunsch nach koordinierten Behandlungsabläufen unter Einbindung besonders hoch qualifizierter Fachleute eine große Rolle.

Aus der Erfahrung des Patientenalltags ist insbesondere bezüglich der fachärztlichen Versorgung die Forderung nach kürzeren Warte- und Behandlungszeiten entstanden.

Nur auf den ersten Blick dazu im Widerspruch stehend erscheint die Forderung nach mehr Information und Aufklärung durch den behandelnden Leistungserbringer. Patienten haben zu Recht die Erwartung, dass ihre behandelnden Ärzte in beiden Hauptsektoren sich mehr Zeit für das Patientengespräch nehmen müssen. Auch hier haben innovative Versorgungsprojekte gute Möglichkeiten, sich durch entsprechende Patientennähe wohltuend von den Verhältnissen der bisherigen Regelversorgung abzusetzen.

Insbesondere in der älteren Patientengeneration sind kurze Patientenwege zur Einrichtung ein wichtiges Kriterium für eine optimale Versorgung.

Natürlich sind Patienten stets auch an einer Beitragsentlastung durch Boni interessiert.

Insbesondere bei chronischen Erkrankungen ist es u. a. Aufgabe der innovativen Versorgungsprojekte, den Patienten durch eine abgestimmte Zielführung hin zu verbesserten Gesundheits-Parametern eine bessere Unterstützung und Orientierung zuteil werden zu lassen.

Bei all dem darf das Recht auf freie Arztwahl und die Freiwilligkeit der Teilnahme der Patienten bei Angeboten für eine Teilnahme an innovativen Versorgungsprojekten nicht vernachlässigt werden. Darüber müssen die Patienten unverändert wahrheitsgemäß aufgeklärt werden. Zugleich sind die Patienten darüber zu informieren, in welchen Grenzen sie bei Einschreibung in ein innovatives Versorgungsprojekt dieses Persönlichkeitsrecht ausüben können.

Bezüglich des Umgangs mit ihren personengebundenen und medizinischen Daten zeigen sich die Patienten zunehmend sensibilisiert. Hier ist es in erster Linie Sache der Leistungserbringer, ihren gesetzlichen und berufsrechtlichen Verpflichtungen auch im Rahmen von innovativen Versorgungsprojekten nachzukommen. Das gilt hier um so mehr, als man auch von Kassenseite mitunter bemüht ist, den Datenaustausch anders zu organisieren, als es die Regelversorgung derzeit vorsieht.

3.2. Der Gesetzgeber

Mit den Reformen des Gesundheitswesens der zurückliegenden Jahre hat der Gesetzgeber gravierende Veränderungen der Rahmenbedingungen der gesetzlichen und privaten Krankenversicherung vorgenommen und musste sich dabei mit teilweise erheblichen Widerständen aus Politik und Selbstverwaltung auseinandersetzen.

Folgerichtig stößt das derzeitige (Zwischen-)Ergebnis nicht überall auf Zustimmung.

Bei aller Kritik an den Reformen der letzten Jahre darf nicht übersehen werden, dass diese Reformen auch erfolgreich festgefahrene Strukturen aufgebrochen und zu neuen Formen der Zusammenarbeit beigetragen haben.

Man ist deshalb gut beraten, gesetztes Recht hier als das zu verstehen, was es ist: die verbindliche Vorgabe für die bestimmungsgemäße Verwendung von Versicherungsgeldern.

Die DGIV gehört nicht zu Denjenigen, die sich die Verhältnisse vor Beginn der Reformen zurückwünschen. Wir stehen für ein liberalisiertes Gesundheitswesen mit mehr Flexibilität in den Beziehungen der Beteiligten und einer verbesserten Versorgung und Pflege.

Dennoch (oder gerade deshalb) wird die DGIV die Entwicklung der Rahmenbedingungen des Gesundheitswesens immer kritisch, aber konstruktiv begleiten.

Die Reform des deutschen Gesundheitswesens ist ein gewaltiges Vorhaben, das bereits mehrere „Kraftakte“ erfordert hat. Man muss Verständnis dafür haben, dass große Umwälzungen oftmals nur allgemeine Vorgaben unter Vernachlässigung von Detaillösungen beinhalten können.

Trotzdem muss eingeschätzt werden, dass der Gesetzgeber in seinen neuen gesetzlichen Regelungen nicht nur gelegentlich die erforderliche Präzision vermissen lässt. Dies hat vereinzelt dazu geführt, dass in Ausführungsvorschriften z.T. Verbote und Beschränkungen aufgenommen wurden, die den Intentionen des Gesetzgebers widersprechen dürften. Darüber hinaus gibt es zu einer Reihe wichtiger Regelungen unterschiedliche Auslegungsmöglichkeiten, was – zumindest bis zu einer erst in einigen Jahren zu erwartenden höchstrichterlichen Klärung - zu Rechtsunsicherheit führt. Man sollte die Deutung des gesetzgeberischen Willens nicht den

Gerichten überlassen, sondern hier zeitnah für Klarheit sorgen, damit Kinderkrankheiten der Reform nicht zu chronischen werden.

Die Subventionierungspolitik der Bundesregierung muss überdacht werden. Die heute noch aktuellen Prinzipien sind nicht mehr zeitgemäß. Hier muss eine leistungsorientierte Verteilung der Mittel Einzug halten. Dass der vertragsärztliche Sektor völlig ausgespart wird, ist nicht länger hinnehmbar, zumal es bereits vertragsärztliche Leistungserbringer gibt, die sich in ihrer Größe mit manchen Krankenhäusern vergleichen lassen. Besonders Innovationen in neuen Versorgungsformen sollten gefördert werden. So lange die einseitige Subventionierungspolitik der Bundesregierung anhält, wird auch aus diesem Grund ein fairer Wettbewerb zwischen den Sektoren nicht möglich sein.

Bezogen auf Umsatz- und Gewerbesteuerpflicht nimmt die Verunsicherung bei den freiberuflichen Ärzten zu. Nicht nur, dass – wie z.B. bei der Anstellung von Ärzten – ein vertragsarztrechtskonformes Handeln dennoch zur gewerblichen Infizierung führen kann, auch eine Betätigung in innovativen Versorgungsformen kann ein erhöhtes Risiko bezüglich der Umsatz- und Gewerbesteuerpflicht in sich bergen. Auch hier sollte für mehr Rechtssicherheit gesorgt werden. Das gilt umso mehr, als steuerrechtliche Fragen bei der Gestaltung der Projektverträge von den Kassen und anderen Vertragsparteien in der Regel selten beachtet werden.

3.3. Die Krankenkassen und andere Partner der gemeinsamen Selbstverwaltung

Es deutet vieles darauf hin, dass der Wettbewerb der Krankenkassen auch unter den Bedingungen des Gesundheitsfonds nicht an Bedeutung verloren hat.

Zwar wurden mit Wegfall der Anschubfinanzierung die Verträge gemäß §§ 140a ff. SGB V insbesondere hinsichtlich ihrer Wirtschaftlichkeit auf den Prüfstand gestellt und ein Teil der Verträge infolge dessen auch beendet. Es ist aber festzustellen, dass Krankenkassen unverändert bestrebt sind, ihren Versicherten Leistungsangebote eigener Prägung zu unterbreiten, die eine effektive Versorgung gewährleisten und geeignet sind, auch im Vergleich mit Wettbewerbern bestimmte Interessenslagen mit dem Ziel einer verbesserten Versichertenzufriedenheit anzusprechen.

Hinzu kommt, dass auch die Bestrebungen der Kassen, eigene Versorgungsverantwortung zu übernehmen, nicht nachlassen. Davon zeugen sowohl das Festhalten an großen flächendeckenden Projekten als auch bereits getroffene Entscheidungen über neue Versorgungsprojekte im Jahr 2009 neben der gesetzlich „verordneten“ hausarztzentrierten Versorgung.

Den Schwerpunkt der innovativen Versorgungsprojekte bildet nach wie vor die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V, wobei sich neben großen flächendeckenden auch regional begrenzte indikationsbezogene Projekte als geeignet zeigen.

Vor diesem Hintergrund kann auch von einem Ableben des Vertragswettbewerbs keine Rede sein. Totgesagte leben länger.

Dennoch haben sich die innovativen Versorgungsprojekte der Kassen mit zahlreichen Problemen auseinander zu setzen. Aus diversen Interessenslagen heraus gab und gibt es gerade in der ärztlichen Selbstverwaltung Bestrebungen gegen Alternativen zur Regelversorgung. Auch die Akzeptanz der Vertragsangebote auf Leistungserbringerseite ist noch nicht zufriedenstellend.

Mit der bevorstehenden Budgetbereinigung könnten viele innovative Versorgungsprojekte am Scheideweg stehen. Man kommt nicht daran vorbei: Ohne finanziellen Anreiz für die Leistungserbringer würde die stärkste Motivation zur Teilnahme an den Projekten fehlen.

Wenn es im Ergebnis der Budgetbereinigung nicht gelingt, die verbesserte (Qualitäts-)Arbeit und Leistung der Leistungserbringer in den Projekten auch besser zu honorieren als in der Regelversorgung, dürfte ein gravierender Rückgang der Teilnahmebereitschaft zu konstatieren sein.

3.4. Die Leistungserbringer

3.4.1. Die Krankenhäuser

In der Mitte der Versorgungskette und als Koordinationszentrum sektorübergreifender Versorgung wird das Krankenhaus in vielen Fällen der wichtigste Bestandteil in Integrierten Versorgungskonzepten sein.

Krankenhäuser halten von Haus aus im Rahmen ihrer Versorgungsaufträge interdisziplinäre und fachübergreifende Versorgungskapazitäten vor.

Dennoch ist es für stationäre Häuser unter den Bedingungen der Gesundheitsreform nicht selbstverständlich, einen festen Platz in der regionalen Versorgungslandschaft behaupten zu können..

Veränderte Rahmenbedingungen und steigende Kosten geben den großen Leistungserbringern Anlass, Struktur und Versorgungsauftrag zu überprüfen und die Organisation der Leistungserbringung zu überdenken. Zunehmend spüren die Krankenhäuser die Auswirkungen des durch die Reformen initiierten Wettbewerbs, der bekanntlich Gewinner und Verlierer haben wird.

Die Umstellung der Vergütungssysteme zwingt einerseits zu Kostenreduzierungen und fordert andererseits die Ausprägung vergütungsträchtiger Geschäftsbereiche.

Innovative Versorgungsprojekte bieten für Krankenhäuser Risiken und Chancen zugleich.

Zum Einen sind diese Versorgungsformen zunehmend auf Wirtschaftlichkeit der Versorgung orientiert. Stationsersetzende Maßnahmen bilden dabei ein wichtiges Element. Daneben werden durch diese Projekte Veränderungen in den Zuweisungsstrukturen und die vertragliche Bindung an diese Strukturen definiert.

Zum Anderen bieten innovative Versorgungsprojekte die Gelegenheit, sich als „Kernleistungserbringer“ im Projekt zu profilieren und dadurch Wettbewerbsvorteile zu erlangen. Darüber hinaus ermöglicht z.B. die Integrierte Versorgung dem Krankenhaus auch eine Leistungserbringung im ambulanten Sektor, wenn entsprechende ambulante Partner am Projekt beteiligt sind. Schließlich können sich auch strukturbildende Maßnahmen des Projektes positiv für das Krankenhaus bemerkbar machen.

Auch außerhalb neuer Versorgungsformen sind Krankenhäuser heute bemüht, Zugang zum ambulanten Sektor zu erhalten. Der Gesetzgeber hat hier mehrere Möglichkeiten für ambulante Genehmigungen geschaffen.

Daneben besteht für die stationären Häuser zunehmend die Notwendigkeit der Kooperation mit vertragsärztlichen Leistungserbringern. Sind die Krankenhausträger einerseits als MVZ-Träger berechtigt, selbst einen vertragsärztlichen Leistungserbringer zu gründen, besteht andererseits die Notwendigkeit, mit niedergelassenen Vertragsärzten zu kooperieren, wenn eigene Fachärzte für eine effiziente Leistungserbringung in bestimmten Fachgebieten nicht im erforderlichen Maße zur Verfügung stehen.

Die Überwindung sektoraler Grenzen wird für viele Krankenhäuser von existenzieller Bedeutung sein. Hier ist der Gesetzgeber aufgerufen, sozialverträgliche Lösungen anzubieten, die einerseits den Krankenhäusern die Möglichkeit zur wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten ambulanten Behandlung eröffnen, andererseits aber den ambulanten Versorgungsauftrag grundsätzlich bei den vertragsärztlichen Leistungserbringern belassen.

3.4.2. Die vertragsärztlichen Leistungserbringer

Die Vertragsärzteschaft ist im besonderen Maße von den Auswirkungen der Gesundheitsreformen betroffen. Stets im Spannungsfeld zwischen Versorgungsauftrag und Leistungsbegrenzung stehend, sehen sich die vertragsärztlichen Leistungserbringer veränderten Existenzbedingungen, neuen Anforderungen an die Praxisführung und der Zurückdrängung des Einflusses der ärztlichen Selbstverwaltung ausgesetzt.

Die Notwendigkeit zur ärztlichen Kooperation innerhalb und zwischen den Sektoren nimmt zu.

Dennoch werden die Liberalisierungen der Reformen des ärztlichen Kooperationsrechtes nur zögernd angenommen.

Die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) haben sich im vertragsärztlichen Bereich etabliert, wenn auch nicht mit der erwarteten Präsenz. Unverändert befinden sich mehr MVZ in der Hand von Ärzten als von Krankenhäusern.

Der Umstand, dass nunmehr auch Vertragsärzte zugunsten einer Anstellung bei einem Vertragsarzt auf ihre Zulassung verzichten können, trägt dazu bei, dass die Zahl der MVZ in Deutschland nicht rascher zunimmt.

Für Vertragsärzte scheint die umstrittene Durchgriffshaftung der Gesellschafter eines GmbH-MVZ-Trägers gemäß § 95 II 6 SGB V für Forderungen von KV und Krankenkassen abschreckend zu wirken; offensichtlich ist deshalb die Rechtsform einer Kapitalgesellschaft für einen Vertragsarzt kaum noch attraktiv.

Die DGIV setzt sich für eine rasche Fortführung der Reform des ärztlichen Kooperationsrechtes ein. Bereits begonnene Liberalisierungen sollten konsequent, aber mit Augenmaß fortgeführt werden. Allerdings fällt auf, dass das neue Kooperationsrecht einige Regelungslücken und eine Vielzahl auslegungsbedürftiger Bestimmungen enthält. Auch die Bundesmantelverträge haben hier nicht alle Fragen beantwortet, sondern teilweise neue Unklarheiten entstehen lassen.

Das Prinzip "ambulant vor stationär" muss stärkere Beachtung und Verwirklichung finden. Der Grundsatz "so viel ambulant wie möglich, so viel stationär wie nötig" hat noch nicht die notwendige Durchsetzung gefunden, weder beim Gesetzgeber noch bei den neuen Versorgungsprojekten der Leistungsträger. Hier liegen noch Wirtschaftlichkeitsreserven verborgen, die ohne Einschränkung der Versorgungsqualität genutzt werden könnten.

Auch außerhalb der flächendeckenden Projekte sollte die Kooperation Krankenhaus - niedergelassener Facharzt besonders mit dem Ziel stationsersetzender Maßnahmen erleichtert und ge-

fördert werden. Das gilt auch für die wechselseitige Anstellung von Ärzten der jeweils anderen Seite.

Haus- oder facharztzentrierte Projekte sollten nicht zum Dogma erhoben, sondern stets mit Blick auf die regionalen Gegebenheiten unter Beachtung der vorhandenen Kapazitäten und Kompetenzen ausgeprägt werden.

Insbesondere aus der Hausärzteschaft werden fehlende Anreize zur Teilnahme an Projekten zur Integrierten Versorgung beklagt. Die mit einer Teilnahmeerklärung verbundenen bürokratischen Belastungen werden nicht selten als Grund für diesbezügliche Verweigerungen angeführt. Hier sind die Leistungsträger aufgerufen, den bürokratischen Aufwand bei der Dokumentation und Abrechnung der Leistungen nicht ausufern zu lassen und zugleich annehmbare Konditionen bei der Vergütung anzubieten.

Es steht außer Zweifel, dass die neuen Versorgungsformen vor Missbrauch - auch aus der Ärzteschaft - geschützt werden müssen. Die vertragsärztlichen Leistungserbringer müssen aber auch in innovativen Versorgungsprojekten in die Lage versetzt sein, einen medizinischen Versorgungsauftrag zu erfüllen. Kein Arzt darf in diesen Projekten auf eine mehr oder weniger geschönte Zuweiserrolle beschränkt werden. Im Mittelpunkt dieser Projekte muss bei allem Verständnis für das Ringen um wirtschaftliche Effekte immer die Verbesserung der medizinischen Versorgung stehen.

Die Organisation von Ärztegemeinschaften sollte auch dann gefördert werden, wenn es sich nicht um Berufsausübungsgemeinschaften handelt. Mit Blick auf die neuen Versorgungsformen müssen Ärztenetze in der Lage sein, in ausreichend transparenter Art und Weise ihre Eignung für derartige Projekte gegenüber den Leistungsträgern nachzuweisen.

Im Qualitätsmanagement neuer Versorgungsprojekte sollten haus- und fachärztliche Qualitätsführer eine stärkere Rolle als bisher einnehmen, auch in "krankenhauszentrierten" Projekten.

Warum ein MVZ nur interdisziplinär zusammengesetzt sein darf, ist nicht mehr vermittelbar. Diese Bedingung sollte mit der nächsten Reform endlich wegfallen.

3.4.3. Die Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen

Vor dem Hintergrund ständig steigender Kosten muss der Prävention im Gesundheitswesen besonderes Augenmerk gewidmet werden. „Vorbeugen ist besser als Heilen“, weiß schon der Volksmund.

Hier bestehen also große Chancen für Kosteneinsparungen und Verbesserungen der Lebensqualität der Bürger.

Umso mehr muss es verwundern, dass die Prävention im System der Krankenversicherung nicht die Aufmerksamkeit erfährt, die ihr gebührt. Heute ist festzustellen, dass die Organisation des deutschen Gesundheitswesens nicht vordergründig darauf ausgerichtet ist, Krankheiten vorzubeugen, sondern es geht vielmehr darum, Krankheiten zu heilen. Entsprechend werden Leistungsträger und Leistungserbringer motiviert. Dieser Zustand muss geändert werden. Der Anteil der Präventionsleistungen an der Versorgung muss erhöht und die Durchführung von Präventionsmaßnahmen angemessen vergütet werden. Prävention muss sich lohnen.

Das gilt gerade auch für innovative Versorgungsprojekte. Wenn Präventionsmaßnahmen von vorn herein in die Zusammenarbeit der Projektpartner eingebunden werden, wird sich das

positiv auf den Gesundheitszustand der Versicherten auswirken, insbesondere bei den so genannten Volkskrankheiten.

Die ambulante und stationäre Rehabilitation spielen im Rahmen der Integrierten Versorgung eine bedeutende Rolle, dies insbesondere unter den Grundsätzen „ambulant vor stationär“ und „Reha vor Pflege“.

Durch Rehabilitation kann Pflegebedürftigkeit verzögert, gar verhindert werden. Hierzu ist es jedoch erforderlich, dass die betroffenen Bereiche Prävention, Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege sich weiter verzahnen. Der stationäre Rehabereich muss darauf vorbereitet sein, dass es künftig zu einer noch stärkeren Verzahnung zwischen Facharzt, Krankenhaus, stationärer/ambulanter Rehabilitation und Pflege kommen wird. Der Verzahnung müssen allerdings auch die unterschiedlichen Vergütungssysteme folgen. Denn die Rehalandschaft hat sich in den vergangenen Jahren geändert. Die Zahl der Patienten mit einer deutlich eingeschränkten Rehafähigkeit hat sich in den letzten Jahren stark erhöht.

Als Konsequenz der DRG–Einführung sowie der restriktiven Vergütungspolitik einzelner Kostenträger werden Rehaeinrichtungen mit zwei wesentlichen Problemkategorien belastet:

- a) die Verkürzung der Liegezeiten im Krankenhaus in Verbindung mit der zunehmenden Zahl multimorbider Patienten bewirkt eine deutlich eingeschränkte Rehafähigkeit bei der Aufnahme in die stationäre Rehabilitation
- b) die daraus erwachsende Notwendigkeit für eine intensivere medizinische Behandlung ist mit höheren Kosten verbunden (Einzeltherapien, Medikamente, Wundversorgung etc.). Hinzu kommen die generell steigenden Betriebskosten, beispielsweise für Energie und Lebensmittel.

Es sind künftig die Fragen zu klären, welche Patienten ausschließlich wohnortnah ambulant – und hier findet schon eine Selektion durch die demographische Entwicklung und daraus resultierenden Multimorbidität statt – und welche Patienten wie lange in der stationären Reha zur Erfüllung des Ziels bleiben müssen und wann dann nachfolgende Maßnahmen eingeleitet werden.

Dieser Prozess ist leider noch immer nicht durchgängig gestaltet. Für festgelegte Indikationen sollten gestaffelte Ablaufpläne (Behandlungspfade) „ambulant-akutstationär-Rehabilitation-Nachsorge“ entwickelt werden, um sachgerechte Medizin und erforderlichen Service leisten zu können.

Durch eine kluge Vernetzung der vor- und nachbereitenden Schnittstellen der Reha und eine sorgfältige patientengerechte Beurteilung der Patienteneignung für die ambulante oder – bei deren Verneinung – für die stationäre Rehabilitation werden nicht nur die wirtschaftliche Effizienz, sondern auch die Behandlungsqualität und Patientenzufriedenheit verbessert.

Damit kann die Rehabilitation in der Integrierte Versorgung unter den geänderten Rahmenbedingungen einen wichtigen Wettbewerbsfaktor für die Kostenträger darstellen.

3.4.4. Die Pflegeeinrichtungen

Deutschland befindet sich bereits in einem demografischen Wandel. Hieraus ergeben sich einerseits ein rasant zunehmender Bedarf an professionellen ambulanten und stationären Pflegeleistungen und andererseits steigende Anforderungen an die Qualität dieser Leistungen.

Insbesondere die Integrierte Versorgung gem. §§ 140a ff. SGB V ist in der Lage, die Pflege als gleichwertigen Bestandteil der Versorgungskette zu gewährleisten.

Die professionelle Pflege ist jedoch noch nicht auf Augenhöhe in die Kooperation der Leistungserbringer eingebunden. Die Zusammenführung der Sozialgesetzbücher V und XI zur Versorgung der Patienten ist noch nicht in der Versorgungswirklichkeit angekommen. Nahtlose Kommunikation, Dokumentation und partnerschaftliche interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordern neue Strukturen und effektives Schnittstellenmanagement.

Mit Bezug auf die Pflege sollten folgende Ziele mit den Mitteln der Integrierten Versorgung verwirklicht werden:

- Entwicklung und Etablierung von Pflegekonzepten
- Einbeziehung der Pflege in die Prozesssteuerung der Versorgung
- Wissenschaftliche Begleitung zur vergleichenden Auswertung der Versorgung
- Ausprägung ganzheitlicher Pflegekonzepte mit klaren pflegerischen Zuständigkeiten, Qualifikationserfordernissen und abgestimmten Richtlinien für die Kooperation von Ärzten und Pflegekräften
- Etablierung der Pflege als Schnitt- und Nahtstelle der Integrierten Versorgung
- (Weiter)Entwicklung von I.V.-Verträgen für pflegeintensive Krankheitsbilder, z.B. in der Geriatrie

3.5. Die Industrie

Die Industriepartner sind fester Bestandteil der Gesundheitswirtschaft. Ihre Produkte haben einen großen Einfluss auf Kosten und Qualität der Versorgung und Pflege.

Der wissenschaftlich-technische Fortschritt führt dazu, dass immer qualifiziertere Behandlungsmaßnahmen mit immer höher entwickelten Industrieprodukten – sei es z.B. als Medikament, als medizintechnisches Gerät oder als Computerprogramm – Eingang in den Versorgungsprozess finden.

Entsprechend groß ist der dafür aufzubringende Kostenanteil und entsprechend hoch ist die Verantwortung für den Einsatz dieser Produkte.

Es muss erreicht werden, dass sich die Industriepartner dem selben Anspruch unterwerfen wie alle anderen Beteiligten am Gesundheitswesen: bestmögliche Leistungen zu möglichst niedrigen Preisen anzubieten.

Es liegt auf der Hand, dass dies nur unter ganz bestimmten Voraussetzungen erreicht werden kann.

Es sollte daher überlegt werden, wie den Vertretern der Industrie besserer Zugang zu den innovativen Versorgungsformen als bisher eingeräumt werden kann. Dass eine solche Kooperation dennoch an bestimmte feste Voraussetzungen wie die Ausschreibung der Leistungen geknüpft werden muss, steht außer Frage.

Der Bedarf an Industrieprodukten in innovativen Versorgungsprojekten ist riesig. Selbstverständlich geht es dabei auch, aber bei weitem nicht nur um Rabattverträge mit Pharmafirmen.

Gegenwärtig besteht ein besonders großer Bedarf bei der IT-Vernetzung von Leistungserbringergemeinschaften. Insbesondere im hausärztlichen Bereich müssen erhebliche Aufwände für die Ausrüstung der Praxen mit Hard- und Software betrieben werden. Die Bewältigung dieser Aufgaben stellt derzeit für Kassen und Leistungserbringer ein kaum lösbares Problem dar. Das ist umso brisanter, als das Gesetz die Abrechnung der Leistungserbringung in innovativen Versorgungsformen in elektronischer oder maschinell verwertbare Form verlangt.

Dieses Papier soll Grundlage für die aktuelle Diskussion sein.

Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Der Vorstand

Impressum

Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e. V.
Kronenstraße 18, D-10117 Berlin
fon: 0 30 – 44 72 70 80, fax: 0 30 – 44 72 97 46
mailto: info@dgiv.org, web: www.dgiv.org
V. i. S. d. P. : Carsten Sterly, Vorsitzender des Vorstands DGIV e. V.