

Internist 2004 · 45:M 239–M 242
 DOI 10.1007/s00108-004-1288-2
 © Springer Medizin Verlag 2004

Redaktion

H.-P. Schuster, Hildesheim

10/2004



Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM),
 Schöne Aussicht 1, D-65193 Wiesbaden,
 Tel.: 0611/205 8050-0, Fax: 0611/205 8050-46
 Email: info@dgim.de

1. Präambel

Aufgabe und Ziel der Strukturkommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin ist es, aus Sicht der Inneren Medizin als Wissenschaft, aktuelle gesundheitspolitische Entwicklungen zu kommentieren und ihre Bedeutung für die Innere Medizin in Deutschland zu prüfen. Einer der zentralen Aspekte der Gesundheitspolitik ist die (Weiter)entwicklung von sektorübergreifenden Versorgungsstrukturen. Die historisch bedingten institutionellen und damit oft artifiziellen Trennungen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung stellen einen Schwachpunkt in unserem System dar. Vor diesem grundsätzlichen Hintergrund sind auch die neuen Versorgungsformen des GMG zu sehen und zu werten. Die hier vorgelegten Gesetzesmaßnahmen werden deutlich mehr als zuvor Einzelverträge zwischen Kassen und unterschiedlichen Leistungsanbietern erlauben. Dies gilt im besonderen auch für das Modell der Integrierten Versorgung, die *potenziell* auch sektorübergreifende Versorgung bedeutet. Vor diesem Hintergrund hat sich die Strukturkommission der DGIM entschlossen, eine kurze Stellungnahme zur Integrierten Versorgung zu erarbeiten.

2. Die Ausgangssituation – Begründung und Struktur neuer Versorgungsformen

Wie oben skizziert, ist ein grundsätzliches Anliegen des jüngsten Reformgesetzes die

H. Lehnert · J. Meyer · J. Riemann · W. Seeger · M. Weber
 Strukturkommission der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Konzept der Integrierten Versorgung und deren Bedeutung für die Innere Medizin

Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin

Flexibilisierung von Vertragsstrukturen durch eine erweiterte Möglichkeit zum Abschluss von Einzelverträgen zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern (einzelvertragliche Basis). Strikt getrennte Behandlungssektoren folgen weder einem medizinischen Behandlungsbedarf und bedingen zu oft eine ausgabenintensive Doppelverhaltung personeller und sachlicher Ressourcen. Der Idealfall ist also mit der Flexibilisierung von Versorgungsstrukturen verbunden und damit, dass Schnittstellenprobleme aufgehoben, kontinuierliche Behandlungsabläufe und -pläne geschaffen sowie unterschiedliche Anreizsysteme verringert werden. Damit sind die neuen Versorgungsformen nach dem GMG auch vor dem Hintergrund dieses durchaus positiven Kalküls zu sehen. In der Übersicht stellen sich die neuen Versorgungsformen wie folgt dar:

- Hausarztzentrierte Versorgung (§ 73b SGB V),
- Förderung der Qualität in der ärztlichen Versorgung (§ 73c SGB V),
- Medizinische Versorgungszentren (§ 95 SGB V),
- Teilöffnung von Krankenhäusern (§ 116b SGB V),
- Integrierte Versorgung (§§ 140 a-d SGB V).

Einen großen Handlungsbedarf sieht die Strukturkommission der DGIM dabei vor allem in der strategischen Umsetzung der Integrierten Versorgung (§§ 140 a-d SGB

V). Wie auch in der bisherigen Formulierung versteht der Gesetzgeber unter der Integrierten Versorgung (IV) weiterhin eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung, aber auch zusätzlich alternativ eine interdisziplinäre fachübergreifende Versorgung. Für die neue Ausgangssituation (Wegfall der bisherigen Rahmenbedingungen) ist bedeutsam, dass die Einbindung der IV in den Sicherstellungsauftrag der KV entfällt. Damit sind insbesondere auch Krankenhäuser zum Handeln gezwungen, da sich ihnen nun die Möglichkeit bietet, sich von einer ausschließlich stationär handelnden (und denkenden) Einheit zu einem „Dienstleistungszentrum“ mit einem übergreifenden Versorgungsangebot weiterzuentwickeln. Potenziell kann also eine Versorgung aus einer Hand resultieren.

3. Gesetzliche Grundlagen und Kommentar der Integrierten Versorgung

Im Folgenden werden zunächst einige der relevanten Änderungen der gesetzlichen Grundlagen der IV skizziert (alt: §§ 140 a-h SGB V, gültig bis 31.12.2003; neu: §§ 140 a-d SGB V, gültig ab 1.1.2004).

- Begriffsbestimmung (§ 140a Abs. 1) neu:
 - „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär fachübergreifende Versorgung“

- „Versorgung außerhalb des vertragsärztlichen Sicherstellungsauftrages“
- Vertragspartner der Kassen (§ 140 b Abs. 1)
 - einzelne Vertrags(zahn)ärzte
 - sonstige Leistungserbringer
 - Träger von Krankenhäusern
 - Träger von stationären Vorsorge- und Reha-Einrichtungen
 - Träger ambulanter Reha-Einrichtungen
 - Träger von Einrichtungen, die integrierte Versorgung anbieten
 - Medizinische Versorgungszentren
 - Einbezug der Krankenhausaapotheke möglich
 - oder die jeweiligen Gemeinschaften
- Beitritt Dritter zum Vertrag neu:
 - nur mit Zustimmung der Vertragspartner (§ 140 b Abs. 5)
- Vertragsgegenstand (Vorgaben nach § 140 b Abs. 3 und § 140 c) wie bisher:
 - Medizinische Versorgung, Vergütung, Qualität, Finanzierung, Dokumentation, Datenfluss, GKV-zugelassene Leistungen
- Leistung en/Versorgungsauftrag neu:
 - „Vertragspartner der integrierten Versorgung können sich auf der Grundlage ihres jeweiligen Zulassungsstatus für die Durchführung der integrierten Versorgung darauf verständigen, dass Leistungen auch dann erbracht werden können, wenn die Erbringung dieser Leistungen vom Zulassungs- oder Ermächtigungsstatus des jeweiligen Leistungserbringers nicht gedeckt sind“ (§ 140 b Abs. 4)
- Finanzierung/Vergütung (§ 140 c bzw. d) neu:
 - Keine Bereinigung der Krankenhausbudgets in den Jahren 2004 – 2006, weil bereits im Krankenhausbudget enthaltene Leistungen nicht in der Integrationsversorgung vergütet werden
 - 2004 – 2006 bis zu 1 % Pauschalabzug von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung und allen Krankenhausbudgets zur Finanzierung der integrierten Versorgung, „soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach

§ 140 b geschlossenen Verträgen erforderlich sind“

- Beitragssatzstabilität neu:
 - Ausnahme von der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis Ende 2006 geschlossen werden (§ 140 b Abs. 4)

Die wesentlichen Eckpunkte i.S. im GMG lassen sich somit wie folgt zusammenfassen:

- Anshubfinanzierung: bis 1% der Gesamt-/KH-vergütung. Jede Krankenkasse hat damit in 2004–2006 jeweils Mittel bis zu 1% von den an die KV'en zu zahlenden Gesamtvergütungen sowie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen einzubehalten, soweit diese Mittel zur Umsetzung von Verträgen zur IV erforderlich sind. Dies verdeutlicht einen immens wichtigen Punkt: für die IV werden nicht zusätzlich Mittel zur Verfügung gestellt, sondern diese muss sich aus den Mitteln finanzieren, die aus der Neuverteilung vorhanden sind. Die Finanzmittel würden nur einbehalten werden, wenn Verträge zur IV vorliegen und die einbehaltenen Mittel hierfür erforderlich sind.
- Bis Ende 2006 ist keine Beitragssatzstabilität gefordert. Grund hierfür ist nach Maßgabe des Gesetzgebers der hohe finanzielle Aufwand bei der Erstellung und Umsetzungen von Konzepten zur IV.
- Kein Beitrittsrecht Dritter (!)
- Die Vertragspartner sind verändert, die KV ist hier dezidiert ausgenommen. Damit erfolgt eine IV außerhalb des Sicherstellungsauftrages der KV.
- Es werden nur zusätzliche Leistungen des Krankenhauses in der IV vergütet, eine Budgetbereinigung erfolgt nicht.

Gerade hinsichtlich der Vergütung ist damit bedeutsam, dass IV-Verträge neben der Vereinbarung der Versorgungsangebote auch die Vergütung der Leistungen zu regeln haben. Dies impliziert, dass auch die Preise für den zu erbringenden Leistungsumfang zwischen Leistungserbringern und der entsprechenden Krankenkasse zu vereinbaren sind. Die Vergütung kann dabei einzelleistungsbezogen oder pauschalisiert erfolgen. Chancen bestehen aber unbedingt durch die Übernahme

me der kompletten Budgetverantwortlich! (s.u.)

Angemerkt werden muss aber auch, dass vieles im GMG unklar und wenig konkret bleibt. Dieses betrifft die Beschreibung der interdisziplinären Versorgung (Art, Umfang), die Rolle der KV (beratend? Abwicklung der Vergütungen?) und Angebot/Leistung außerhalb der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Hochproblematisch ist auch die Aufgabe der Beitragssatzstabilität. Dies darf in keinem Fall dazu führen, dass eine Goldgräberstimmung entsteht, die zu ähnlichen Folgen wie der Börsentraum am „Neuen Markt“ führt. Schließlich wäre auch eine Öffnungsklausel zur Herstellung einer Chancengleichheit zugelasener Vertragsärzte gegenüber Medizinischen Versorgungspartnern wünschenswert gewesen.

4. Was kann die integrierte Versorgung leisten?

In der Bewertung der Möglichkeiten der Vertragsoptionen nach dem GMG müssen aber auch als Probleme benannt werden, dass

- die Versorgung zwar differenzierter, aber auch unübersichtlicher wird,
- die IV-Projekte sich mittelfristig selbst tragen müssen,
- die IV bei weitem nicht alle Probleme des Gesundheitswesens lösen kann (Gefahr der Überschätzung auch seitens des Gesetzgebers) und
- das 1 % Budget Ambivalenzen beinhaltet.

Positiv: es sichert Finanzmittel und Kreativität.

Negativ: es besteht die Gefahr der schnellen Verausgabung – auch unter politischem Umsetzungsdruck – für Versorgungsformen, die sich kaum vom Status quo unterscheiden (auch weil es hier keine Bereinigung des KH-Budgets gibt, also hier kein Einsparpotenzial).

Von besonderer Bedeutung ist die IV hierbei als populationsbezogene (echte) IV. Dies beinhaltet die Übernahme der Gesamtversorgung (ggfls. für bestimmte Leistungssegmente) für eine definierte Gruppe eingeschriebener Versicherter durch einen Träger der IV. Hierbei müssen die ein-

zelen ökonomischen Kalküle aller beteiligten Leistungserbringer in einer Gesamtverantwortung integriert werden. Erhebliche Investitionen in die Entwicklung von Wissensgrundlagen sind hierbei notwendig. Im Gegensatz zur partiellen (indikationsbezogenen) IV ist die populationsbezogene IV nur langsam und bei höherem Risiko für Anbieter und Kassen umsetzbar. Dagegen sind hiermit strukturverändernde Impulse deutlich eher zu setzen.

Sollten Konzepte der IV zum Erfolg führen, muss das Kalkül aller Beteiligten, nämlich

- der Versicherten/Patienten,
- Krankenkassen als Einkäufer/Vermittler,
- Anbieter von integrierten Versorgungsleistungen,

bedacht werden. Die Übernahme der kompletten Budgetverantwortung (s.o.) bietet daher die Möglichkeit, durch die Steuerung der Diagnose- und Behandlungsabläufe die Erlössituation entscheidend zu verbessern. Hierfür müssen aber die Interessen der o.g. Beteiligten sowie weitere externe Faktoren (z.B. Teilnehmerzahl, Risikostruktur, Morbiditätskriterien) genauestens berücksichtigt werden. Erfolgreich werden die Modelle der IV nur dann sein, wenn sie sich für alle lohnen.

5. Anforderungen an die Integrierte Versorgung

Bislang noch nicht ausreichend skizziert sind Anforderungen und Messkriterien an die Maßnahmen im Rahmen einer integrierten Versorgungsvereinbarung. Es besteht die Pflicht für einen Maßnahmenkatalog von Qualitätsanforderungen, die den Einsatz von Qualitätsindikatoren (Prozess-, Struktur- und Ergebnisqualität), Qualitätsmanagement und Qualitätsdokumentation umfassen. Neben diesen Qualitätsanforderungen bestehen ökonomische Anforderungen (d.h. nach Ende der Anschubfinanzierung müssen IV-Modelle effizienter als die Regelversorgung sein, ergo selbsttragend), Anforderungen an Strukturveränderungen (d.h. Veränderung des Leistungsangebotes und der Angebotsstruktur) sowie organisatorische Anforderungen (d.h. internes Regelwerk, Controlling und Sanktionsmöglichkeiten).

Gerade bei den organisatorischen Anforderungen besteht noch erheblicher Klärungsbedarf; so ist beispielsweise nicht geregelt, wer Sanktionen vornehmen darf (Kassen?!).

Ende vergangenen Jahres haben die Spitzenverbände der Krankenkassen, die KBV und die Deutsche Krankenhausgesellschaft eine „Vereinbarung über die Einrichtung einer gemeinsamen Registrierungsstelle“ getroffen. Der Abschluss von Verträgen zur integrierten Versorgung mit Angaben zu Region, Beteiligten und Finanzvolumen wird an dieser Stelle gemeldet. Die BQS soll mit dieser Registrierungsstelle betraut werden. Gleichzeitig kommen damit die Krankenkassen ihrer Nachweispflicht entsprechend § 140 SGB V nach. Die Finanzierung dieser Registrierungsstelle erfolgt dabei anteilig durch die Partner der Vereinbarung.

6. Bedeutung, Risiken und Chancen der Integrierten Versorgung für die Innere Medizin

Eindeutig ist, dass gerade die IV für Krankenhäuser eine sehr gute Ausgangsposition schafft. Umgekehrt gilt auch, dass integrierte Versorgungsangebote ohne eine Beteiligung von stationären Einrichtungen nicht nachhaltig erfolgreich sein werden. Wesentlich hierfür ist die (im Idealfall) gut ausgebaute betriebswirtschaftliche und medizinische Infrastruktur, die Krankenhäuser in die Lage versetzt, durchgängige Versorgungskonzepte zu koordinieren und umzusetzen. Ein inhaltliches Beispiel sind die noch großen Potenziale beim Disease Management chronischer Erkrankungen (Diabetes, KHK), in der Vorsorge und Nachsorge bei interventionellen Eingriffen und in der Onkologie oder etwa die Betreuung transplantierter Patienten. Ein anderes Beispiel ist auch die Ergänzung des „DRG-adaptierten“ Facharztpersonals am Krankenhaus durch niedergelassene Allgemeinmediziner.

Damit erscheint es unbedingt sinnvoll, Verbände zwischen Kliniken oder einer zentralen Klinik und Vertragsärzten und möglichen anderen Leistungserbringern zu gründen, wobei die o.g. Gründe nahe legen, dass die Klinik die koordinierende Rolle übernimmt. Der § 140 sieht ja die Möglichkeit vor, Leistungsanbieter in DMP-Programme (z.B. auch Krankenhausambulanzen) oder in Medizinische Versorgungszentren zu integrieren. Auch eine Anbindung von solchen

Verordnungszentren an die Klinik kann ein sinnvolles Konzept zur Kooperation von Krankenhaus- und Vertragsärzten bei der Versorgung von Patienten mit chronischen inneren Erkrankungen sein.

Die Möglichkeit eines solchen übergreifenden Versorgungsauftrages stellt für Kliniken für Innere Medizin eine große Chance dar. Darüber hinaus – und auch dies ist eine Möglichkeit zur nachhaltigen Qualitätssicherung – können bei sorgsamer Umsetzung einer IV Maßgaben verbindlichen ärztlichen Handelns („Leitlinien“) implementiert werden. Diese natürlich zunächst noch theoretische Konsequenz der IV muss als besonders bedeutsam eingeschätzt werden. So kann ein formal sektorübergreifendes Vorgehen auch zu inhaltlichen Versorgungsfortschritten führen.

Risiken ergeben sich naturgemäß aus den unter 3. Unklarheiten und definitiven Schwächen. Dies darf keinesfalls dazu führen, dass übereilte und zu wenig durchdachte Konzepte erstellt und eingereicht werden, deren wesentliche Intention nur die einer raschen Beteiligung am zur Verfügung stehenden Gesamtvolumen ist. Der Erfolg eines Konzeptes zur IV hängt wesentlich von der Auswahl der Leistungserbringer, ihrer Zusammenarbeit und Motivation ab, sektorübergreifend zu gestalten. Nur dann können dort in der Inneren Medizin, wo aufgrund der Struktur einer Population oder des Charakters einer Erkrankung sich Leistungen innerhalb und außerhalb eines Krankenhauses ergänzen, solche Konzepte zielführend sein.

Die Strukturkommission der DGIM ist hierbei gerne beratend tätig und gleichzeitig dankbar für die Informationsübermittlung von Konzepten, Verträgen und Ergebnissen.

Ständige Kommission „Struktur, Krankenversorgung, Wissenschaftsfragen“ der DGIM (Vorsitzender Prof. Dr. H. Lehnert, Magdeburg)