

Materialien für die  
Bildungsarbeit

**Orientierungshilfe**

# Integrierte Versorgung

Perspektiven unter den neuen gesetzlichen  
Rahmenbedingungen ab 1. Januar 2004

ver.di Bundesvorstand Ressort 9, Bereich Gesundheitspolitik  
10785 Berlin, Potsdamer Platz 10  
Verantwortlich: Ellen Paschke  
Bearbeitung: Herbert Weisbrod-Frey – Eigendruck Februar 2004  
mit Beiträgen von Manfred Rompf,  
Helmut Hildebrandt, Sebastian Hesse, Yvonne Melotyck  
Heinrich Reken, Achim Momm

## Vorwort

Zum 1. Januar 2004 sind eine Reihe von Veränderungen in der Gesetzlichen Krankenversicherung in Kraft getreten. Es gibt neue Belastungen für Patientinnen, Patienten und Versicherte. Richtungsweisende Strukturreformen sind auf der Strecke geblieben.

Nur wenig wird besser. So bietet das GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) neue und verbesserte Chancen, Integrierte Konzepte an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Versorgung einzurichten. Dieses Anliegen wird finanziell durch Mittel aus den Budgets der Krankenhäuser und der Kassenärztlichen Vereinigungen von 2004 bis 2006 unterstützt.

Integrierte Versorgung bedeutet, dass alle Leistungen von der Prävention über Behandlung und Pflege bis zur Rehabilitation aufeinander abgestimmt sind und somit einen größeren Nutzen für Versicherte und Patienten entfalten. ver.di hat sich daher im Gesetzgebungsverfahren zum GMG klar für diese Form der Versorgung ausgesprochen.

Aber nicht jedes Programm auf dem ‚Integrierte Versorgung‘ steht, erfüllt die Erwartungen nach Qualitätsverbesserung und schonendem Ressourcenumgang. Deshalb brauchen wir Kraft und Mut auf Seiten aller Akteure im Gesundheitswesen neue Wege zu gehen. Wir brauchen Verträge zwischen Kassen und Leistungserbringern, die einen Anreiz für die Gesunderhaltung der Versicherten und die bestmögliche Versorgung im Krankheitsfall bieten. Verträge, die nur zu Leistungsausweitung ohne erkennbaren Nutzen für Versicherte und Patienten führen, lehnen wir ab.

Integrierte Versorgung kann aber auch eine Chance für Krankenhäuser sein, ihr Leistungsangebot zu verbessern (sektorenübergreifende Versorgung aus einer Hand) und außerhalb des Budgets - bzw. später der diagnosebezogenen Fallpauschalen (DRGs) - Einnahmen zu erzielen. Sie machen sich damit unabhängiger von den DRGs. Gleichzeitig können solche Konzepte – unter Qualitätsaspekten umgesetzt – einen Beitrag zur Beschäftigungssicherung und zu veränderten Arbeitsbedingungen mit mehr Arbeitszufriedenheit bei den Beschäftigten führen.

Unser Ziel ist es, die im GKV-Modernisierungsgesetz vorgesehenen schmalen Öffnungsmöglichkeiten der Krankenhäuser für ambulante Versorgung optimal auszunutzen. Dazu ist die Zusammenarbeit mit anderen Leistungsanbietern im ambulanten, wie im stationären Sektor, der Rehabilitation und Pflege zu fördern. Hier entsteht für ver.di eine Gestaltungsaufgabe ersten Ranges in der Region und auf der Ebene des Betriebes. Es geht für ver.di darum, aktiv den Dialog zwischen den Trägern der Gesundheitseinrichtungen und Krankenkassen unter Beteiligung deren Beschäftigten zu unterstützen. Wir entwickeln mit ihnen gemeinsam Handlungsanforderungen und setzen diese um. Es gilt

- qualitätsorientierte Mindestbedingungen im betrieblichen Gestaltungsprozess zu berücksichtigen,
- Informations- und Qualifizierungsangebote für Vertrauensleute, Betriebs- und Personalräte und Mitarbeitervertretungen in den Einrichtungen des Gesundheitswesens zu schaffen,
- Krankenhausplanungen in den Ländern und Regionen voranzubringen, die Integrierte Versorgung unterstützen,
- Projekte mit fortschrittlichen Leistungserbringern zu starten, die als positive Gestaltungsbeispiele Vorbildcharakter für Lösungsmodelle zur Integrierten Versorgung haben.

Die nachstehenden Materialien wurden aus einem Kooperationsseminar des ver.di Bildungsinstituts im Gesundheitswesen in Duisburg (BIG) und dem Bereich Gesundheitspolitik beim ver.di Bundesvorstand im Dezember 2003 in Walsrode und Gesprächen mit Experten aus Politik, Forschung und Beratung entwickelt. Sie können in örtlichen und regionalen Bildungsveranstaltungen eingesetzt werden.

In dieser Broschüre werden die neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen für Integrierte Versorgung erläutert. Nach Auszügen aus dem Gesetzestext und der amtlichen Begründung liefert Herbert Weisbrod Frey eine Übersicht über die neuen Versorgungsformen im GMG und gibt eine Kurzbewertung dazu ab. Manfred Rompf, definiert die Begriffe und stellt die neuen Rahmenbedingungen für Integrierte Versorgung dar. Er weist auf Chancen aber auch auf Risiken Integrierter Versorgung hin. Helmut Hildebrandt und sein Team stellen dar, wie Integrierte Versorgung umgesetzt werden kann oder bereits umgesetzt wird. Mit einer Checkliste gibt er Betriebs-, Personalräten, Mitarbeitervertretungen und Vertrauensleuten ein Instrument an die Hand, das es erlaubt die Möglichkeiten der eigenen Gesundheitseinrichtung realistisch einzuschätzen. Bewusst werden in diesem Text auch betriebswirtschaftliche Argumente aufgegriffen. Heinrich Reken, BIG und Achim Momm, BAB GmbH, Bremen dokumentieren die Bearbeitung der vorgestellten Materialien durch die TeilnehmerInnen des Pilotseminars in Walsrode. Ergänzt wird die Broschüre durch eine Literaturübersicht.

In einer gesonderten Broschüre unter dem Titel ‚Krankenhausplanung in den Bundesländern - Entwicklungstendenzen und Vergleich der Planungen‘, die zeitgleich zu diesen Bildungsmaterialien herausgegeben wird, finden sich wichtige Daten für die einzelnen Bundesländer. Beide Broschüren können sinnvoll gemeinsam eingesetzt werden.

Die Materialien werden auch im ver.di Intranet unter Gesundheitspolitik zur Verfügung gestellt. Sie dürfen im Organisationsbereich mit Hinweis auf die jeweiligen Autoren genutzt werden. Ebenso befindet sich im Intranet eine aktuelle ReferentInnenliste zum Thema ‚Integrierte Versorgung‘.

Zur Weiterarbeit am Thema sind uns Erfahrungen beim Einsatz der vorgelegten Materialien wichtig. Wir möchten deshalb ausdrücklich ermuntern Anregungen, Ergänzungsvorschläge, Kritik und Lob an uns weiterzuleiten.

Ellen Paschke

Mitglied des Bundesvorstands

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	<b>3</b>
<b>Inhalt</b>	<b>5</b>
<b>Integrierte Versorgung im GKV-Modernisierungsgesetz</b>	<b>6</b>
§ 140a SGB V Integrierte Versorgung	6
§ 140b SGB V Verträge zu Integrierten Versorgungsformen	6
§ 140c SGB V Vergütung	7
§ 140d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung	7
Begründung	8
<b>Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung im GKV – Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.03</b>	<b>13</b>
<b>Chancen und Möglichkeiten der Integrierte Versorgung für Krankenhäuser durch das GMG</b>	<b>17</b>
Einleitung	17
Bisherige Modelle Integrierter Versorgung	18
Definition Integrierter Versorgung	18
Leitbild für ein Integriertes regionales Versorgungssystem aus der Institutionenperspektive	19
Leitbild aus der Patientenperspektive	19
Gesetzliche Grundlagen Integrierter Versorgung	20
Wichtige Einzelregelungen der §§ 95 (1) und 140 a-d SGB V:	21
§ 95 (1) SGB V: Medizinische Versorgungszentren	21
§ 140 a-d SGB V: Integrierte Versorgung	21
Mögliche Varianten der Integrierten Versorgung für die Krankenhäuser:	22
Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung	23
Chancen:	23
Risiken:	23
Reaktionsmöglichkeiten der Krankenhäuser auf die neuen gesetzlichen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung	24
Öffnung der Krankenhäuser und Chance zur Integrierten Versorgung durch ambulante Behandlung und Disease-Management-Programme	25
Voraussetzungen für die Umsetzung Integrierter Versorgungsstrukturen	27
<b>Integrierte Versorgung - Konzepte, Beispiele, Checklisten</b>	<b>31</b>
Was ist unter Integrierter Versorgung zu verstehen?	31
Integrierte Versorgung – Hintergrund und ein kurzer historischer Abriss	32
Einige Beispiele für mögliche Verträge zur Integrierten Versorgung	33
Endoprothetik:	33
Prosper:	33
Psychiatrische Versorgung:	33
Das Ärztenetz übernimmt die Steuerhoheit:	33
Das Krankenhaus wird Systemträger:	34
Zwei grundsätzliche Varianten von Integrierter Versorgung	34
1. Regionale Budgetverantwortung	34
Varianten:	35
2. Komplexpauschalen-Modell	35
Checkliste und Fragen zur Integrierten Versorgung	36
Aspekte, die bei einer Bewertung der Chancen einer Integrierten Versorgung in Ihrem Krankenhaus vorab bedacht werden sollten	36
Konkrete Auswirkungen für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter und für die Betriebsräte	38
Konkrete Fragen, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Krankenhaus bezüglich des Themas Integrierte Versorgung beschäftigen könnten	38
Information über HGC:	40
Veröffentlichungen:	41
<b>Schritte der praktischen Umsetzung zur integrierten Versorgung im Krankenhaus</b>	<b>43</b>
Möglicher Nutzen für das Krankenhaus	44
Bestandsaufnahme	44
Kosten – Nutzen – Analyse	45
Art des Modells	45
Grobskizze	45
Erstgespräch mit Krankenkassen	45
Feinplanung	46
Vertragsabschluss	46
Werbephase	46
Mögliche Hürden, über die man sich im Prozess der Entscheidung bewusst sein muss	46
Aufgaben und Rolle von Interessenvertretungen:	47
Aufgaben von Betriebs- und Personalräten:	47
<b>Anhang:</b>	<b>48</b>
Folien zum Vortrag von Helmut Hildebrandt	48

## **Integrierte Versorgung im GKV-Modernisierungsgesetz**

Gesetzestext und Begründung der §§ 140a bis d SGB V

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung in der Fassung des Gesetzes zur Änderung des Sozialgesetzbuches und anderer Gesetze vom 14. November 2003

### **§ 140a SGB V Integrierte Versorgung**

(1) Abweichend von den übrigen Regelungen dieses Kapitels können die Krankenkassen Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung der Versicherten oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung mit den in § 140b Abs. 1 genannten Vertragspartnern abschließen. Soweit die Versorgung der Versicherten nach diesen Verträgen durchgeführt wird, ist der Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 1 eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur Integrierten Versorgung.

(2) Die Teilnahme der Versicherten an den Integrierten Versorgungsformen ist freiwillig. Ein behandelnder Leistungserbringer darf aus der gemeinsamen Dokumentation nach § 140b Abs. 3 die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(3) Die Versicherten haben das Recht, von ihrer Krankenkasse umfassend über die Verträge zur Integrierten Versorgung, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards informiert zu werden.

### **§ 140b SGB V Verträge zu Integrierten Versorgungsformen**

(1) Die Krankenkassen können die Verträge nach § 140a Abs. 1 nur mit

1. einzelnen, zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten und Zahnärzten und einzelnen sonstigen, nach diesem Kapitel zur Versorgung der Versicherten berechtigten Leistungserbringern oder deren Gemeinschaften,
2. Trägern zugelassener Krankenhäuser, soweit sie zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind, Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen, soweit mit ihnen ein Versorgungsvertrag nach § 111 Abs. 2 besteht, Trägern von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen oder deren Gemeinschaften,
3. Trägern von Einrichtungen nach § 95 Abs. 1 Satz 2 oder deren Gemeinschaften,
4. Trägern von Einrichtungen, die eine Integrierte Versorgung nach § 140a durch zur Versorgung der Versicherten nach dem Vierten Kapitel berechnete Leistungserbringer anbieten,
5. Gemeinschaften der vorgenannten Leistungserbringer und deren Gemeinschaften abschließen.

(2) gestrichen

(3) In den Verträgen nach Absatz 1 müssen sich die Vertragspartner der Krankenkassen zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Die Vertragspartner haben die Erfüllung der Leistungsansprüche der Versicherten nach den §§ 2 und 11 bis 62 in dem Maße zu gewährlei-

sten, zu dem die Leistungserbringer nach diesem Kapitel verpflichtet sind. 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. Gegenstand des Versorgungsauftrags an die Vertragspartner der Krankenkassen nach den Absätzen 1 und 2 dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 im Rahmen der Beschlüsse nach § 137c Abs. 1 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat.

(4) Die Verträge können Abweichendes von den Vorschriften dieses Kapitels, des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, des Krankenhausentgeltgesetzes sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen insoweit regeln, als die abweichende Regelung dem Sinn und der Eigenart der Integrierten Versorgung entspricht, die Qualität, die Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit der Integrierten Versorgung verbessert oder aus sonstigen Gründen zu ihrer Durchführung erforderlich ist. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs. 1 gilt für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden, nicht. Die 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 ist.

(5) Ein Beitritt Dritter zu Verträgen der Integrierten Versorgung ist nur mit Zustimmung aller Vertragspartner möglich.

### **§ 140c SGB V Vergütung**

(1) Die Verträge zur Integrierten Versorgung legen die Vergütung fest. Aus der Vergütung für die Integrierten Versorgungsformen sind sämtliche Leistungen, die von teilnehmenden Versicherten im Rahmen des vertraglichen Versorgungsauftrags in Anspruch genommen werden, zu vergüten. Dies gilt auch für die Inanspruchnahme von Leistungen von nicht an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern, soweit die Versicherten von an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern an die nicht teilnehmenden Leistungserbringer überwiesen wurden oder aus sonstigen, in dem Vertrag zur Integrierten Versorgung geregelten Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen.

(2) Die Verträge zur Integrierten Versorgung können die Übernahme der Budgetverantwortung insgesamt oder für definierte Teilbereiche (kombiniertes Budget) vorsehen. Die Zahl der teilnehmenden Versicherten und deren Risikostruktur sind zu berücksichtigen. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen in den Vereinbarungen berücksichtigt werden.

### **§ 140d SGB V Anschubfinanzierung, Bereinigung**

(1) Zur Förderung der Integrierten Versorgung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 vom Hundert von der nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütung sowie von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten, soweit die einbehaltenen Mittel zur Umsetzung von nach § 140b geschlossenen Verträgen erforderlich sind. Satz 1 gilt nicht für die vertragszahnärztlichen Gesamtvergütungen. Die nach Satz 1 einbehaltenen Mittel sind ausschließlich zur Finanzierung der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 vereinbarten

Vergütungen zu verwenden. Sie sollen in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, an die die nach Satz 1 verringerten Gesamtvergütungen gezahlt wurden, verwendet werden. Werden die einbehaltenen Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für die Zwecke nach Satz 1 verwendet, sind die nicht verwendeten Mittel an die Kassenärztliche Vereinigung sowie an die einzelnen Krankenhäuser entsprechend ihrem Anteil an den jeweils einbehaltenen Beträgen auszuführen.

(2) Die Vertragspartner der Gesamtverträge nach § 83 Abs. 1 haben für den Fall, dass die zur Förderung der Integrierten Versorgung aufgewendeten Mittel die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen, die Gesamtvergütungen nach § 85 Abs. 2 in den Jahren 2004 bis einschließlich 2006 entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsauftrag zu bereinigen; ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden. Der Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 ist entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem im Vertrag nach § 140a vereinbarten Versorgungsbedarf zu bereinigen. Kommt eine Einigung über die Verringerung der Gesamtvergütungen nach Satz 1 oder des Behandlungsbedarfs nach Satz 2 nicht zu Stande, können auch die Krankenkassen oder ihre Verbände, die Vertragspartner der Verträge nach § 140a sind, das Schiedsamt nach § 89 anrufen.

(3) Die Vertragspartner der Vereinbarungen nach § 84 Abs. 1 haben die Ausgabenvolumen rechnerisch zu bereinigen, soweit die Integrierte Versorgung die Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln einschließt. Die Ausgabenvolumen sind entsprechend der Zahl und der Risikostruktur der an der Integrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten zu verringern. Ergänzende Morbiditätskriterien sollen berücksichtigt werden.

(4) Mit der nach § 140c Abs. 1 Satz 1 mit Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütungen werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach den §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder dem § 6 der Bundespflegeverordnung enthaltenen Leistungen hinaus vereinbart werden.

## **Begründung**

### **Zu Nummer 113 (§ 140a)**

#### **Zu Buchstabe a**

Die Neufassung verzichtet auf die beschreibende Darstellung der Integrierten Versorgung. Sie ist fokussiert auf den „Kern“ der Integrierten Versorgung: Krankenkassen und Leistungserbringer schließen autonom Verträge über die Versorgung der Versicherten außerhalb des Sicherstellungsauftrags nach § 75 Abs. 1. Die Versorgung wird auf einzelvertraglicher Grundlage und nicht im Rahmen eines kollektivvertraglich vereinbarten Normensystems durchgeführt.

Die Anbindung der Integrierten Versorgung an das Versorgungsgeschehen im Rahmen des Kollektivvertragssystems und insbesondere an den Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen unterbleibt. Die bislang nach geltendem Recht vorgesehene Verschränkung zwischen dem Sicherstellungsauftrag und der einzelvertraglichen Absprache zur Integrierten Versorgung machte die Rechtslage und die Abwicklung der vertraglichen Rechtsbeziehungen unübersichtlich und unberechenbar. Sie erweist sich so als eines der Hindernisse für den Abschluss von Verträgen zur Integrierten Versorgung. Aus diesem Grunde wird die Verantwortung für die Abfassung der vertraglichen Rechte und Pflichten allein in die Verantwortung der Vertragspartner gegeben. Eine Einflussnahme Dritter, etwa über die bisherigen Rahmenvereinbarungen nach § 140d, scheidet aus. Den Vertragspartnern wird so auch die Bedeutung ihrer alleinigen Verantwortung für die Versorgung der Versicherten verdeutlicht. Auch erhalten damit die am Aufbau Integrierter Versorgung Beteiligten die Verhandlungs- und Gestaltungsspielräume, die für die Ausgestaltung der die Integration konstituierenden

Verträge und für innovatives unternehmerisches Handeln notwendig sind. Der Wettbewerb um eine sachangemessene und „kluge“ Integration der verschiedenen Leistungsbereiche setzt voraus, den Akteuren vor Ort Freiheit zur Gestaltung in Eigenverantwortung einzuräumen.

### **Zu Buchstabe b**

Der Anspruch der Versicherten auf eine umfassende Unterrichtung durch ihre Krankenkasse bleibt. Von einem Anspruch gegen die teilnehmenden Leistungserbringer wird abgesehen. Eine „umfassende“ Information von nur interessierten Versicherten, die sich später nicht zwangsläufig für eine Integrierte Versorgung entscheiden, kann ein nicht unbedeutendes finanzielles Ausmaß erreichen. Diese Kosten müssten die teilnehmenden Leistungserbringer übernehmen. Für sie kann dies ein weiterer Grund dafür sein, sich von einer Integrierten Versorgung fern zu halten. Dieses Hindernis wird daher beseitigt.

### **Zu Nummer 114 (§ 140b)**

#### **Zu den Buchstaben a und b**

Der Kreis der potenziellen Vertragspartner der Krankenkassen wird erweitert. Ärzte werden nicht mehr nur als Mitglieder einer Gemeinschaft als Vertragspartner zur Integrierten Versorgung zugelassen. Die Krankenkassen können auch mit Trägern von Medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die nicht selbst Versorger sind, sondern eine Versorgung durch dazu berechnete Leistungserbringer anbieten (Managementgesellschaften), Verträge zur Integrierten Versorgung abschließen. Die Ausdehnung des Kreises der Vertragspartner der Krankenkassen dient dazu, in Berücksichtigung der vielfältigen Interessen der Beteiligten die Möglichkeiten für eine spezifizizierte Integrierte Versorgung zu erweitern.

Wie schon nach geltendem Recht stehen im Übrigen alle sonstigen zur Versorgung im System des SGB V zugelassenen Leistungserbringer und deren Gemeinschaften als potenzielle Vertragspartner eines Integrationsvertrages mit den Krankenkassen zur Verfügung. Hinzuweisen ist in diesem Zusammenhang auf die neue Vorschrift des § 129 Abs. 5b SGB V, die für Apotheken (hierzu gehören auch Versandapotheken) nicht nur noch einmal ausdrücklich regelt, dass diese an Integrationsverträgen beteiligt werden können, sondern darüber hinaus konkrete Regelungen zu einer solchen Beteiligung der Apotheken vorsieht (vgl. auch Begründung zu § 129 Abs. 5b SGB V).

Dadurch, dass Beteiligte in unterschiedlichster Gesellschaftsform an einer Integrierten Versorgung teilnehmen können, wird der Wettbewerb gestärkt. Sämtliche Rechts- und Gesellschaftsformen stehen zur Verfügung, insbesondere also die Personengesellschaften und die juristischen Personen des Privatrechts, einschließlich Kapitalgesellschaften und Vereine.

Auf die Anbindung an Rahmenvereinbarungen Dritter wird verzichtet. Dies ist bedingt durch die klarstellende Ablösung vom Sicherstellungsauftrag an die Kassenärztlichen Vereinigungen. Aus diesem Grund wird auch davon abgegangen, dass sich Vertragsärzte von ihrer Kassenärztlichen Vereinigung beraten lassen können oder ihre Kassenärztliche Vereinigung mit der Verteilung der Vergütungen oder Vergütungsanteile in der Integrierten Versorgung beauftragen können. Dabei mag dahinstehen, ob diese Möglichkeit nicht auch ohne ausdrückliche Erwähnung im Gesetz besteht. Es empfiehlt sich nicht, den Sicherstellungsauftrag mit neuen zusätzlichen Aufgaben im Interesse nur einzelner Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen zu verbinden.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen sollten sich auf die Erfüllung des verbleibenden Sicherstellungsauftrags konzentrieren und sich nicht mit Hilfsfunktionen zugunsten einzelner Mitglieder bei der Erledigung von deren Aufgaben außerhalb des Sicherstellungsauftrags belasten. Des Weiteren sieht die Regelung nicht mehr die Kassenärztlichen Vereinigungen als potenzielle Vertragspartner einer Integrierten Versorgung vor. Die Kassenärztlichen Vereinigungen sind in das System einer einzelvertraglichen Vereinbarung über die Durchführung

der Versorgung ohne Veränderung ihrer eigentlichen Aufgabe, der Erfüllung des Sicherstellungsauftrags, nicht einzupassen. Sie sind als solche nicht Versorger und managen die Versorgung auch nicht im Rahmen von Einzelverträgen. Unberührt bleiben ihre Möglichkeiten, im Rahmen des Kollektivvertragssystems die Inhalte einer Integrierten Versorgung, auch im Verbund mit anderen Leistungserbringern, mit den Krankenkassen zu vereinbaren. Sie können sich dagegen nicht nach ihrer Aufgabenstellung aus dem Sicherstellungsauftrag zur Erbringung von Leistungen zur Integrierten Versorgung verpflichten und ggf. für ein Fehlverhalten der die Versorgung unmittelbar durchführenden Leistungserbringer haftungsrechtlich einstehen. Auch sind die Beiträge ihrer Mitglieder ausschließlich dazu gedacht, die gesetzlichen Aufgaben nach dem Sicherstellungsauftrag wahrzunehmen und nicht für das Aushandeln, die Überwachung und die Durchführung der Verträge zur Integrierten Versorgung und damit nur für einzelne Mitglieder einzusetzen.

### **Zu Buchstabe c**

Folgeänderung zur Änderung des § 91.

### **Zu Buchstabe d**

Um Vertragsabschlüssen zur Integrierten Versorgung den Weg zu bereiten, wird der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ausdrücklich durchbrochen. Dies geschieht mit Rücksicht darauf, dass die Vertragspartner der Krankenkassen ein unternehmerisches Risiko eingehen und der Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung in aller Regel bedingt, dass die Leistungserbringer erhebliche Investitionskosten aufzubringen haben. Dies gilt insbesondere für Konzeption und Ausarbeitung – ggf. unter Hinzuziehung der Hilfe Dritter – der Rechtsform der Gemeinschaften, der Organisation von Binnenstrukturen, der Vergütungsforderungen der Gemeinschaft wie aber auch der Entwicklung eines internen Vergütungssystems für alle an der Integrierten Versorgungsleistung Beteiligten, der vertraglichen Leistungsbeschreibung einschließlich arbeitsteiliger Behandlungskonzepte, ggf. unter Beteiligung vertraglich angebundener externer Leistungserbringer, des Betriebs-, Qualitäts- und Leistungsmanagements einschließlich des Datensicherungs- und Datenschutzsystems wie aber auch der sektorübergreifenden Gestaltung der Versorgungsprozesse. Den Krankenkassen soll daher die Möglichkeit eröffnet sein, in Berücksichtigung und Anerkennung des erheblichen Entwicklungs- und Förderungsbedarfs leistungsorientierter Integrierter Versorgungs- und Vergütungssysteme zur Überwindung von faktischen Hemmnissen und Defiziten, die vom Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung abschrecken könnten, auch finanzielle Mittel einzusetzen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird daher für eine Startphase der Integrierten Versorgung ausgesetzt. Des Weiteren wird für die Durchführung der Integrierten Versorgung davon abgesehen, die Leistungserbringung an den Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstigen Berechtigungstatus der beteiligten Leistungserbringer zu binden. Die Leistungserbringer sollen nicht die bisherigen sektorbezogenen Grenzen für die Versorgung der Versicherten in die Integrierte Versorgung mit hineinnehmen müssen. Sinn einer Integrierten Versorgung ist vor allem, die bisherige Abschottung der einzelnen Leistungsbereiche zu überwinden, Substitutionsmöglichkeiten über verschiedene Leistungssektoren hinweg zu nutzen und Schnittstellenprobleme so besser in den Griff zu bekommen. Die medizinische Orientierung des Leistungsgeschehens hat Priorität. Anstrengungen zur Qualitätssicherung und zur optimierten, die Leistungssektoren übergreifende Arbeitsteilung unter Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgesichtspunkten sollen gefördert und nicht durch bestehende Zulassungsschranken behindert werden. Aus diesem Grunde ist veranlasst, die sich aus dem Zulassungsstatus einzelner Leistungserbringer ergebenden Zulassungsbeschränkungen nicht in die Abwicklung der Integrierten Versorgung hineinzunehmen, sondern es der Absprache der Beteiligten in der Integrierten Versorgung zu überlassen, wann, unter welchen Voraussetzungen und in welchem Ausmaß die einzelnen Leistungserbringer bei der Durchführung der Integrierten Versorgung Leistungen auch unabhängig von ihrem Zulassungsstatus – vorausgesetzt, die berufsrechtlichen Voraussetzungen liegen vor – sollen er-

bringen dürfen. Allerdings wird die Möglichkeit eines sektorübergreifenden oder interdisziplinären Austauschs der übernommenen Leistungsverpflichtungen nicht auf den Abschluss eines Vertrages zur Integrierten Versorgung erstreckt. Bei Vertragsabschluss können die Beteiligten nicht über einen ihnen nicht zustehenden fremden Zulassungsstatus verfügen und sich diesen Status „vertraglich“ aneignen. Das Leistungsfeld für die Integrierte Versorgung wird infolge dessen bei Vertragsabschluss von dem Zulassungsstatus abgesteckt, den die beteiligten Vertragspartner der Krankenkassen in die Integrierte Versorgung „einbringen“.

### **Zu Buchstabe e**

Der Beitritt Dritter zu Verträgen der Integrierten Versorgung wird ausgeschlossen. Die Vertragspartner sollen darauf vertrauen dürfen, dass das vertraglich abgesprochene Austauschverhältnis von Leistung und Gegenleistung (Vergütung) nicht durch den Beitritt Dritter aus dem Gleichgewicht gebracht wird. Es bleibt Dritten unbenommen, Angebote mit vergleichbaren Bedingungen interessierten Krankenkassen abzugeben.

### **Zu Nummer 115 (§ 140c)**

#### **Zu Buchstabe a**

In Satz 2 wird redaktionell klargestellt, dass Bemessungsmaßstab für die Vergütung sämtliche Leistungen sind, auf die sich der vertragliche Versorgungsauftrag erstreckt. Auch soweit Versicherte berechtigt um eine Versorgung bei anderen Leistungserbringern außerhalb der Integrierten Versorgung nachsuchen, sind diese Leistungen aus der vertraglich vereinbarten Vergütung für die Ausführung des Versorgungsauftrags zu begleichen, sei es, dass die integrierte Versorgungsgemeinschaft von einer Krankenkasse bereits verauslagte Beträge aus der Vergütung zu erstatten hat, sei es, dass die integrierte Versorgungsgemeinschaft die Bezahlung der außerhalb der Integrierten Versorgung in Anspruch genommenen Leistungen zu übernehmen hat.

#### **Zu Buchstabe b**

Der neu gefasste Satz 3 stellt klar, dass Versicherte nicht beliebig die Integrierte Versorgung verlassen und Leistungen bei anderen, nicht teilnehmenden Leistungserbringern abrufen dürfen. Vielmehr ist die Inanspruchnahme nicht teilnehmender Leistungserbringer nur zulässig, wenn die Versicherten an diese Leistungserbringer überwiesen wurden oder der Vertrag zur Integrierten Versorgung sie zur Inanspruchnahme nicht teilnehmender Leistungserbringer berechtigt. Es muss möglich sein, dass diese Leistungsanteile gesondert festgehalten werden, damit dann die jeweils anfallenden Vergütungsanteile den zugehörigen Leistungen zugeordnet werden können.

### **Zu Nummer 116 (§ 140d)**

Der neu gefasste § 140d verfolgt in Absatz 1 das Ziel, zur Förderung der Integrierten Versorgung den Krankenkassen in den Jahren 2004 bis 2006 finanzielle Mittel zur Anschubfinanzierung integrierter Versorgungsverträge zur Verfügung zu stellen. Satz 1 in Verbindung mit Satz 2 bestimmt zu diesem Zweck, dass jede Krankenkasse von der für ambulante ärztliche Behandlungen nach § 85 Abs. 2 an die Kassenärztliche Vereinigung zu entrichtenden Gesamtvergütungen bis zu 1 % (d. h. bezogen auf das Jahr 2002 maximal ca. 220 Mio. Euro) einzubehalten hat. Ebenso hat sie von den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung bis zu 1 % (d. h. bezogen auf das Jahr 2002 maximal ca. 460 Mio. Euro) einzubehalten. Die Krankenkasse kann also auch weniger als 1 % einbehalten. Die so einbehaltenen finanziellen Mittel werden gesondert verbucht.

Das Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung richtet hierzu die notwendigen Konten im Kontenrahmen der GKV ein. Die Mittel dürfen ausschließlich zur Finanzierung für in Integrationsverträgen vereinbarte Vergütungen verwendet werden. Zudem ist vorgesehen, dass die Mittel in dem Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung verwendet werden sollen, bei der sie einbehalten wurden.

Eine Verwendung der Mittel für integrierte Versorgungsverträge, an der Leistungserbringer aus Bezirken anderer Kassenärztlicher Vereinigungen beteiligt sind, ist damit nicht von vornherein ausgeschlossen. Satz 5 bestimmt, dass diejenigen Mittel, die nicht innerhalb von drei Jahren für den vorgegebenen Zweck verwendet wurden, entsprechend dem jeweiligen Anteil der Gesamtmittel an die Kassenärztliche Vereinigung und die einzelnen Krankenhäuser ausbezahlt sind. Eine Abrechnung erfolgt damit nicht jährlich, sondern am Ende des Dreijahreszeitraums. Mit der Verpflichtung, nicht aufgebrauchte Mittel wieder auszubehalten, wird der Anreiz zum Abschluss von Integrationsverträgen verstärkt. Zudem wird damit ausgeschlossen, dass die Krankenkasse die Mittel ohne „Gegenleistung“ einbehalten kann.

Die Absätze 2 und 3 übernehmen im Wesentlichen die bisherige Regelung in § 140f mit der Pflicht zur Bereinigung. Dabei beschränkt sich die Bereinigung nach Absatz 2 auf die Gesamtvergütungen nach § 85 – bzw. ab dem Jahr 2007 auf den Behandlungsbedarf nach § 85a Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 – und nach Absatz 3 auf die Ausgabenvolumina für Arznei- und Heilmittel in der ambulanten Versorgung. Die Bereinigungsregelung in Bezug auf die Gesamtvergütungen in Absatz 2 kommt in den Jahren 2004 bis 2006 nur in dem Fall zur Anwendung, dass die für die integrierte Versorgung eingesetzten Mittel, die nach Absatz 1 einbehaltenen Mittel übersteigen. Absatz 4 regelt das Verhältnis der bislang im Krankenhausbudget (Gesamtbetrag) vergüteten Leistungen zu den nach § 140c SGB V vergüteten Leistungen. Die Integrationsvergütung erfasst nur die nicht im Krankenhausbudget enthaltenen Leistungen wie z. B. zusätzliche Leistungsmengen der integrierten Versorgung oder zusätzlichen Dokumentations- oder Koordinierungsaufwand. Die bisher im Gesamtbetrag enthaltenen Leistungsbestandteile werden weiterhin über das Krankenhausbudget finanziert. In den Jahren 2004 bis 2006 wird deshalb die Bereinigung des Krankenhausbudgets ausgesetzt (vgl. Änderungen zu § 3 Abs. 3 Satz 3 Nr. 1 Buchstabe e, § 4 Abs. 2 Nr. 1 Buchstabe e des Krankenhausentgeltgesetzes sowie § 6 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 der Bundespflegeverordnung).

## Öffnung der Krankenhäuser für ambulante Versorgung im GKV – Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.03<sup>1</sup>

Herbert Weisbrod-Frey

In der nachstehenden Übersicht werden die Möglichkeiten der Krankenhäuser zur Teilnahme an der ambulanten Behandlung von Patientinnen und Patienten aufgezeigt und kurz bewertet. Die dargestellten Regelungen treten mit dem GKV-Modernisierungsgesetz zum 1. Januar 2004 in Kraft.

### **Medizinische Versorgungszentren (mVz)**

werden als Teilnehmer an der vertragsärztlichen Versorgung neu aufgenommen. Es handelt sich dabei um fachübergreifende ärztlich geleitete Einrichtungen. Im mVz können Ärzte als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sein. Die medizinischen Versorgungszentren können von den Leistungserbringern, die auf Grund von Zulassung, Ermächtigung oder Vertrag an der medizinischen Versorgung der Versicherten teilnehmen, gegründet werden – also auch von Krankenhäusern. Die bisherigen Polikliniken werden den mVz gleichgestellt. Die Zulassung obliegt dem Zulassungsausschuss der KV. Die

Genehmigung ist zu erteilen, falls nicht bereits eine Überversorgung besteht.

(§ 95 SGB V)

### **Bewertung:**

#### **eingeschränkt positiv**

Die Regelung ermöglicht auch Krankenhäusern die Einrichtungen medizinischer Versorgungszentren. Sie können darüber an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmen. Allerdings bedürfen mVz der Zulassung durch den Zulassungsausschuss der KV.

! Vorwiegend in privaten Kliniken werden so genannte „Portalklinikmodelle“ entwickelt. Durch „Kauf“ von Praxissitzen soll eine Maximierung von Gesundheitsleistungen erreicht werden.

---

<sup>1</sup> Insgesamt wird es keine generelle Öffnung der Krankenhäuser geben. Dies ist negativ zu bewerten. Die Bewertung zu den einzelnen vorgesehenen Maßnahmen sind - auch wenn „positiv“ vermerkt ist - im höchsten Fall zweitbeste Lösungen.

### **Ambulante Behandlung durch Krankenhäuser bei Unterversorgung**

Voraussetzung ist die Feststellung der Unterversorgung<sup>2</sup> in einem oder mehreren Fachgebieten. Die Zulassung des Krankenhauses erfolgt durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zulassung wird begrenzt soweit und solange dies zur Deckung der Unterversorgung erforderlich ist. (§ 116a SGB V)

#### **Bewertung:**

##### **nicht ausreichend**

Die Regelung dürfte kaum eine praktische Bedeutung haben. Zwar ist die KV verpflichtet die Versorgungslücke zu schließen,<sup>3</sup> es werden sich aber kaum Krankenhäuser finden, die ambulante Versorgung unter diesen Bedingungen anbieten. Sie müssten Investitionen tätigen und hätten das Risiko des Zulassungsentzugs bei Besetzung des Facharztsitzes durch die KV.

! Mit der Einrichtung eines medizinischen Versorgungszentrums durch den Krankenhausträger könnte sich das Risiko des Zulassungsentzugs umgehen lassen.

### **Teilnahme an Chronikerbehandlungsprogrammen (DMP)**

Die Krankenkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern, die an der Durchführung eines strukturierten Behandlungsprogramms teilnehmen, Verträge über ambulante ärztliche Behandlung schließen. (§ 116b Abs. 1 SGB V)

#### **Bewertung:**

##### **positiv**

Die Verträge erfolgen direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ohne Beteiligung der KV. Bereits im Beitragssatzsicherungsgesetz hatte ver.di die Teilnahme der Krankenhäuser an DMP erreicht. Sie erstreckte sich aber bisher nicht auf die ambulante Behandlung.

! Die Finanzierung der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser im Rahmen der DMP führt nicht zu Minderausgaben bei der ambulanten ärztlichen Behandlung und die Kosten können nicht wie bei Verträgen zur Integrierten Versorgung aus einem vorhandenen Budget ausgegliedert werden. Daher werden die Krankenkassen vorwiegend Verträge abschließen, bei denen neben Krankenhäusern auch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beteiligt sind.

---

<sup>2</sup> Landesausschuss Ärzte Krankenkassen stellt 25% Fehlbedarf fest

<sup>3</sup> ansonsten drohen ihnen nach § 75 SGB V (neu) Vergütungsabschläge

### Hochspezialisierte Leistungen

Die Krankenkassen können mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen. Diese Leistungen werden in einem Katalog aufgeführt, der später durch die gemeinsame Selbstverwaltung ergänzt wird. Im Katalog sind u.a. enthalten:

- spezielle schmerztherapeutische Behandlungen,
- Krebserkrankungen,
- AIDS
- schweres Rheuma
- schwere Herzschwäche
- angeborene Skelett- und Muskelerkrankungen
- Anfallsleiden
- Folgeschäden Frühgeborener<sup>4</sup>

(§ 116b Abs. 2ff SGB V)

### **Bewertung:**

#### **positiv**

Die Regelung entspricht weitgehend den Forderungen der DKG. Die Verträge erfolgen direkt zwischen Krankenkassen und Krankenhaus ohne Beteiligung der KV.

Die erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet – also nicht aus den Krankenhausbudgets.. Die Vergütung entspricht der vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen.

! Da die Finanzierung dieser Versorgungsform nicht aus den vorhandenen Budgets erfolgt, müssen die Krankenkassen zusätzliche Mittel einsetzen. Da diese aber kaum vorhanden sind, wird sich der Abschluss von Verträgen über hochspezialisierte Leistungen nur langsam entwickeln.

---

<sup>4</sup> Katalog im Wortlaut:

#### 1. hochspezialisierte Leistungen

- CT/MRT-gestützte interventionelle schmerztherapeutische Leistungen - Brachytherapie

#### 2. seltene Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen

- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit HIV/AIDS
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit schweren Verlaufsformen rheumatologischer Erkrankungen
- spezialisierte Diagnostik und Therapie der schweren Herzinsuffizienz (NYHA Stadium 3-4)
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Tuberkulose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Mucoviszidose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Hämophilie
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Fehlbildungen, angeborenen Skelettsystemfehlbildungen und neuromuskulären Erkrankungen
- Diagnostik und Therapie von Patienten mit schwerwiegenden immunologischen Erkrankungen
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Multipler Sklerose
- Diagnostik und Versorgung von Patienten mit Anfallsleiden
- Diagnostik und Versorgung von Patienten im Rahmen der pädiatrischen Kardiologie
- Diagnostik und Versorgung von Frühgeborenen mit Folgeschäden.

### **Integrierte Versorgung:**

Krankenkassen können Verträge über eine verschiedene Leistungssektoren oder Fachdisziplinen übergreifende Versorgung der Versicherten schließen. Deren Versorgung richtet sich dann nach diesen Verträgen. Der Sicherstellungsauftrag der KV wird entsprechend eingeschränkt. Das Versorgungsangebot und die Voraussetzungen seiner Inanspruchnahme ergeben sich aus dem Vertrag zur Integrierten Versorgung.

Die Sicherstellung erfolgt dann abweichend über dieses Angebot und nicht über den Versorgungsauftrag der KV.

Die Krankenkassen können die Verträge mit einzelnen Vertragsärzten, sonstigen, Leistungserbringern, zugelassenen Krankenhäusern und Trägern von stationären Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen sowie mit Managementgesellschaften abschließen.

Um diese Versorgung zu fördern gilt nicht der Grundsatz der Beitragssatzstabilität für Verträge, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden. Zur Anschubfinanzierung hat jede Krankenkasse in den Jahren 2004 bis 2006 jeweils Mittel bis zu 1 % der Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung und von den Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Versorgung einzubehalten.

(§ 140a-d SGB V)

### **Bewertung:**

#### **positiv**

Integrierte Versorgungsformen können unter Einschluss von ambulanten und stationären Leistungserbringern und Rehabilitationseinrichtungen ohne KV vereinbart werden. Die Anschubfinanzierung von bis zu 700 Millionen € in den Jahren 2004 bis 2006 stellt einen guten Anreiz dar diese Versorgungsform zu fördern ohne dass das Budget der Kasse zusätzlich belastet wird. Verlierer werden allerdings die Einrichtungen sein, die keine Integrierte Versorgung mit der oder besser den Krankenkasse(n) vereinbaren.

Es ist zu erwarten, dass in dem Zeitraum Integrierte Versorgungsangebote unter Einschluss aller Versorgungssektoren in nennenswertem Umfang entstehen. Eine genauere Bezifferung ist aber noch nicht möglich.

Auch wenn dies im Gesetz offen ist, dürfte von allen Seiten ein großes Interesse bestehen, kassen- und kassenartenübergreifende Verträge zur Integrierten Versorgung zu schließen. Aufgrund ihrer Infrastruktur sind unter den Leistungserbringern Krankenhäuser im Vorteil. Dieser Vorteil ist vor allem für Krankenhäuser nutzbar, die bereits über Erfahrungen in interner und externer Kommunikation verfügen und Investitionen tätigen können.

! Entscheidend wird es für die Qualität der Versorgung auf die Art der Verträge ankommen. Sie können von light Varianten (additive Pauschalen von Krankenhaus und Reha oder DRG+ Leistungen<sup>5</sup>) bis zur „full size“ oder „Minimierungsvariante“<sup>6</sup> führen

---

<sup>5</sup> Mit kleinen Zusatzleistungen, die über die Leistung der DRG – Fallpauschale hinausgeht, werden Leistungen aus dem DRG –System ausgegliedert und der Kasse gesondert in Rechnung gestellt.

<sup>6</sup> Eine Versorgung für alle Versicherten einer Krankenkasse in einer Region für eine pauschale Vergütung. Dabei wird ein Anreiz zur Leistungsausweitung vermieden und ein Qualitätsanreiz ökonomisch verstärkt.

# Chancen und Möglichkeiten der Integrierte Versorgung für Krankenhäuser durch das GKV-Modernisierungsgesetz / SGB V

*Manfred Rompf*

Handlungsmöglichkeiten für Aufsichtsräte, Betriebsräte, Personalräte, Mitarbeitervertretungen und ver.di Vertrauensleute der Krankenhäuser

## Einleitung

In der Bundesrepublik Deutschland gibt es einen langfristigen Trend in der medizinischen Versorgung: Für einen zunehmenden Teil der Patienten ist eine Vielzahl verschiedener Helfer in einer Reihe von verschiedenen Einrichtungen erforderlich. Aufgrund der zunehmenden Spezialisierung wächst die Arbeitsteiligkeit permanent. Dafür sorgen chronische Erkrankungen, Multimorbidität und nicht zuletzt auch gestiegene Behandlungsmöglichkeiten.

Wenn aber zunehmende Arbeitsteilung nicht auch von zunehmender Kooperation und Integration begleitet wird, muss das zu starker Fragmentierung führen - ein Prozess, der sich praktisch jeden Tag abspielt. Die vom Versorgungssystem nicht eingelösten Integrationserfordernisse werden, da sie ja bestehen, automatisch in die Verantwortung der einzelnen Kranken gelegt. Sie müssen sich den Weg durch die vielfältigen Angebote zum Teil selbst suchen, es ist an ihnen, die jeweiligen Informationen über Befunde, über Diagnosen und Behandlungen weiterzuleiten und damit umzugehen. An einer Stelle werden Behandlungen abgesetzt, die an einer anderen zuvor eingeleitet wurden.

Die Patienten sind damit meist überfordert, und an welcher Stelle sie letztlich behandelt werden, hängt von vielen Faktoren ab, unter denen die medizinische Rationalität oft nicht der wichtigste ist. Bei dieser Art der unkoordinierten Versorgung bleiben wechselseitige Abstimmungen und Korrekturen aus, sich auf für die Qualität der Leistungen äußerst nachteilig auswirkt.

Fragmentierung und Desintegration verhindern also die Kontinuität von Versorgungsabläufen und damit die Rationalität arbeitsteiliger Vorgehensweisen. Es ist nicht nachvollziehbar, wenn einerseits die Kenntnisse, Fähigkeiten und Techniken der Medizin immer ausgefeilter werden, während andererseits die Vermittlung zwischen den einzelnen Teilbereichen ganz oder teilweise dem Patienten und dem Zufall überlassen wird. Dies ist vergleichbar mit einem High-Tech-Verkehrssystem, bei dem die Lokomotive ständig leistungsfähiger und schneller wird, die Schienen jedoch zu kurz sind und gemeinsame Fahrpläne nicht existieren.

Das unter hohem Aufwand vergrößerte wissenschaftlich-technische Potenzial wird damit nicht nur weit suboptimal ausgeschöpft, es kann sogar im Gegenteil zu Risiken medizinbedingter Schädigungen führen.

Auch die Fähigkeiten und Fertigkeiten der Beschäftigten im Gesundheitswesen, beispielsweise in den Krankenhäusern und Praxen, werden durch die Tätigkeiten in solchen Systemen verkürzt und verformt. Vielfach fehlt hoch qualifizierten Krankenhausärzten das Wissen und vor allem die Erfahrung über die Rekonvaleszenz- und Rehabilitationsphasen nach bestimmten Eingriffen und Therapien im Rahmen der alltäglichen Sozialbezüge des Patienten, während bei den niedergelassen Ärzten Wissen und Erfahrung der Krankenhausmedizin verlernt wird und häufig veraltet ist.

Während das deutsche Gesundheitswesen - verglichen mit anderen Ländern - viele gemeinsame Probleme aufweist, ist es in Einem international wirklich einzigartig:

Diese Einzigartigkeit besteht in der strikten Trennung zwischen allgemeinmedizinischen und spezialisierten Vertragsärzten, die das Monopol der ambulanten Versorgung innehaben, auf der einen Seite, und Krankenhäusern, deren fachärztliches, pflegerisches und technisches Potenzial allein den stationären Patienten vorbehalten ist, auf der anderen. Dieser einzigartige Zustand existiert nicht, weil er ein Bedürfnis der Patienten wäre oder eine Notwendigkeit guter Medizin, sondern alleine nur aus verteilungs-, macht- und statuspolitischen Gründen.

## **Bisherige Modelle Integrierter Versorgung**

Nachfolgend sollen die bisherigen Modelle Integrierter Versorgung dargestellt werden:

- Praxisnetze ohne und mit Beteiligung von Krankenhäusern
- Integration innerhalb privater Klinkbetten
- Belegärztliche Versorgung
- Krankheitsspezifische Versorgungskombinationen
- Case Management
- Disease Management
- Akutstationäre Behandlung in Rehabilitationseinrichtungen
- Umwandlung von Krankenhäusern in „Praxiskliniken“
- Kooperation der Krankenhäuser mit niedergelassenen Ärzten
- „Semistationäre“ Anbieter im ambulanten Bereich, z.B. ambulantes Operieren.

Um die Integrierte Versorgung regional, fach- und bereichsübergreifend zu gestalten, möchte ich zuerst eine Definition von Integrierter Versorgung und damit verbundene Leitbilder voranstellen:

### DEFINITION INTEGRIERTER VERSORGUNG<sup>7</sup>

„Integration“ hat zum Ziel, umfassende, koordinierte und kontinuierliche Dienstleistungen bereitzustellen und für einen nahtlosen Versorgungsprozess zu sorgen. Integration führt Fälle und Informationen über Fälle zusammen, die in unterschiedlichen Einrichtungen, Versorgungsebenen und Zeitverläufen (am besten über die gesamte Lebensspanne) hinweg auftreten.

„**umfassend**“ bezieht sich auf Dienstleistungen für jedes Gesundheitsproblem in jeder Lebensphase von Patienten.

„**Koordiniert**“ bezieht sich auf die Kombination der gesundheitsbezogenen Dienstleistungen und Informationen in einer Weise, die Patientenbedürfnissen gerecht wird. Es bezieht sich außerdem auf den inneren Zusammenhang und die rationale Anordnung solcher Leistungen, einschließlich der öffentlichen Ressourcen.

„**Kontinuität**“ ist eine Eigenschaft, die sich auf die Versorgung von Individuen im Zeitablauf bezieht, durch einen Einzelnen oder ein Team von Angehörigen professio-

---

<sup>7</sup>Zit. nach: Kühn, H.: Qualität und Effizienz. ver.di Broschüre, Berlin 2002

neller Heilberufe, sowie auf die wirkungsvolle und zeitgerechte Kommunikation von Gesundheitsinformationen (Ereignisse, Risiken, Ratschläge, Präferenzen der Patienten).

Aus dieser Definition ist ein Leitbild für die regionale Integrierte Versorgung zu entwickeln. Ein solches Leitbild sollte nach Rücksprache mit den betroffenen Akteuren als Institutionen- und Patientenleitbild erstellt werden:

#### LEITBILD FÜR EIN INTEGRIERTES REGIONALES VERSORGUNGSSYSTEM AUS DER INSTITUTIONENPERSPEKTIVE<sup>8</sup>

Ein integriertes regionales Versorgungssystem

- übernimmt Verantwortung für die Gesundheitsbedürfnisse der Bevölkerung der Region;
- koordiniert die Versorgung entlang des Interventions- und Versorgungskontinuums;
- hat zum Organisationsprinzip die Kooperation sowie fach- und berufsübergreifende Teamarbeit;
- entwickelt gemeinsame Informationssysteme aller Versorgungseinrichtungen einschließlich des leichten Zugangs der Patienten zu den für sie relevanten Informationen bei der Gewährleistung der Privatsphäre;
- produziert bereitwillig und als Routine Informationen über sich selbst und stellt sie öffentlich bereit, besonders über die Qualität und Verteilung von Leistungen, über Kosten und Patientenzufriedenheit;
- hat ein Management und Finanzierungsformen, durch die Ärzte und andere Leistungserbringer bei der Erreichung der Versorgungsziele zusammengeführt und unterstützt werden;
- hat die Fähigkeit zur Organisation einer kontinuierlichen Qualitätsbeobachtung und -verbesserung;
- lenkt den Fluss von personellen und sachlichen Ressourcen an die Stellen, an denen sie benötigt werden.

#### LEITBILD AUS DER PATIENTENPERSPEKTIVE<sup>9</sup>

Aus Sicht der Patienten muss ein regionales integriertes Versorgungssystem

- im Bedarfsfall leicht zugänglich sein;
- Ärzte haben, die die persönlichen Krankengeschichte, Allergien, erbliche Dispositionen, familiäre Umstände, berufliche Tätigkeit des Patienten kennen und
- verständlich über Diagnosen, Indikationen, Behandlungsoptionen und –strategien aufklären;
- aktuelle Informationen über Prävention und Gesundheitsförderung sowie Früherkennungsuntersuchungen aktiv für jeden verfügbar machen;
- die strukturellen, organisatorischen und kulturellen Voraussetzungen für höflichen und aufmerksamen Umgang mit den Patienten schaffen sowie für die Bereitschaft, auf alle Fragen zu antworten;

---

<sup>8</sup> Vgl. Kühn, H., a.a.O.

<sup>9</sup> ebd.

- kontinuierliche Qualitätsindikationen (inklusive Patientenzufriedenheit) erheben, diese mit anderen Institutionen vergleichen und Hinweisen auf Mängel systematisch nachgehen;
- durch „ermöglichendes Management“ dafür sorgen, dass die Behandlung auf dem aktuellen Stand der Wissenschaft erfolgt und von professionellen Therapeuten geleistet wird, die gut zusammenarbeiten;
- angemessene und koordinierte Anschluss- und Nachbehandlung sicherstellen;
- unaufgefordert die relevanten Informationen von einem Leistungserbringer zum anderen leiten (den Patienten sollten nicht überall die selben Fragen gestellt werden);
- rechtzeitig über die organisatorische Veränderungen unterrichten;
- so organisiert sein, dass sie aus ihren Fehlern lernen können, d.h. nicht den selben Fehler zweimal machen.

## **Gesetzliche Grundlagen Integrierter Versorgung**

Seit Anfang der 90er Jahre wurden in Deutschland mehrere Gesetzesinitiativen umgesetzt, die anstatt einer reinen „Deckelung“ der Gesundheitsbudgets alternative, sektorübergreifende Gesundheitsversorgungsstrukturen ermöglichen und anstreben. Hierzu gehören:

- § 39 SGB V (Rangfolge der Behandlungsformen)
- § 63-65 SGB V (Modellvorhaben)
- § 73 a SGB V (Strukturfragen)
- § 95 (1) i.V. mit § 103 (4) SGB V (Medizinische Versorgungszentren)
- § 115 SGB V (ambulantes Operieren)
- § 116 SGB V (Ermächtigung zur ambulanten Behandlung)
- § 117 SGB V (Polikliniken in Universitätskliniken)
- § 121 SGB V (Belegarztwesen)
- § 137 SGB V (Disease Management Programme)
- § 140 a-d SGB V (Integrierte Versorgung)

Mit dem § 140 a-h SGB V<sup>10</sup> des GKV Gesundheitsreformgesetz aus dem Jahr 2000 wurde die integrierte Ausgestaltung der Versorgung dann explizit ermöglicht. Die Regelungen zur Integrierten Versorgung treten neben die für Modellvorhaben und Strukturverträge und ergänzen diese. Die Regelungen des § 140 a-h SGB V<sup>11</sup> zielen in erster Linie auf die verbesserte Zusammenarbeit zwischen Hausärzten, Fachärzten und Krankenhäusern sowie nicht ärztlichen Leistungserbringern. Die Integrierte Versorgung soll eine sektorübergreifende Versorgung der Versicherten als Element der Regelversorgung im GKV-System erleichtern. Durch das GKV-Modernisierungsgesetz wurden die Möglichkeiten der Integrierten Versorgung (§§ 95 (1) und 140 a-d SGB V) weiter verbessert. Diese sind am 01.01.2004 in Kraft getreten.

---

<sup>10</sup> abgelöst durch das GKV Modernisierungsgesetz § 140a-d ab 1. Januar 2004.

<sup>11</sup> ebd.

## WICHTIGE EINZELREGELUNGEN DER §§ 95 (1) UND 140 A-D SGB V:

### § 95 (1) SGB V: Medizinische Versorgungszentren

Medizinische Versorgungszentren sind Einrichtungen für eine interdisziplinäre Zusammenarbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Heilberufen. Sie sollen für den Patienten eine Versorgung aus einer Hand anbieten und jungen Ärztinnen und Ärzten Berufschancen im Rahmen eines angestellten ambulanten Beschäftigungsverhältnisses ermöglichen, ohne sie den ökonomischen Risiken einer Niederlassung auszusetzen. Dabei soll die Arbeit von freiberuflichen und angestellten Ärzten und anderer Berufsgruppen nebeneinander möglich sein. Ab 01.01.2004 nehmen die Medizinischen Versorgungszentren an der ambulanten Behandlung der Patienten teil. Medizinische Versorgungszentren können sich aller zulässigen Organisationsformen bedienen. Die Beteiligung an Medizinischen Versorgungszentren ist allen zugelassenen Leistungserbringern, wie z.B. Vertragsärzten, Krankenhäusern, Heilmittelerbringern, häuslicher Krankenpflege und Apotheken, u. a. offen. Über den neu geschaffenen § 103 (4a) SGB V erhalten die Versorgungszentren die Möglichkeit bestehende Vertragsarztpraxen zu übernehmen, ohne dass es einer neuen Ausschreibung bedarf.

Aus dieser Situation heraus resultiert für die Krankenhäuser die Chance, Praxen niedergelassener Ärzte über das Medizinische Versorgungszentrum an die Krankenhäuser zu binden. Für die Krankenhäuser macht es Sinn, Verhandlungen mit niedergelassenen Ärzten zu führen mit dem Ziel, ein die stationäre Einrichtung ergänzendes Versorgungszentrum zu gründen. Ein Medizinisches Versorgungszentrum - unter der Leitung des Krankenhauses als Mitgesellschafter - ist unter DRG-Bedingungen und sich abzeichnenden sektorübergreifenden Vergütungsstrukturen die notwendige und sinnvolle Verlängerung der Krankenhaustätigkeit in den ambulanten Bereich. Dazu gehört auch der Aufbau ambulanter mobiler Pflegedienste. Für die Medizinischen Versorgungszentren hatte das Modell der Polikliniken in den neuen Bundesländern Vorbildcharakter.

### § 140 a-d SGB V: Integrierte Versorgung

- Die **Teilnahme** der Versicherten an der Integrierten Versorgung ist freiwillig.
- Mögliche **Vertragspartner** der Krankenkassen oder deren Verbände können sein: Gemeinschaften zur vertragsärztlichen Versorgung niedergelassener Ärzte sowie einzelne sonstige an der Versorgung der Versicherten teilnehmenden Leistungserbringer oder deren Gemeinschaften, Träger zugelassener Krankenhäuser und Träger von zugelassenen stationären Vorsorge- und Rehaeinrichtungen sowie der vorgenannten Gemeinschaften und andere Leistungserbringer. Die Beteiligten müssen sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten verpflichten. Sie übernehmen die Gewähr für die Zusammenarbeit aller an der Integrierten Versorgung Beteiligten. Dies beinhaltet eine entsprechende Koordination und Dokumentation .
- Die **Vergütung** wird im Rahmen der Verträge festgelegt. Es kann vereinbart werden, dass die Budgetverantwortung ganz oder teilweise auf die Leistungserbringer übergeht.

Der neue § 140 a-d SGB V beschreibt einen weiten Rahmen für Modelle der Integrierten Versorgung und lässt den Akteuren, z.B. den Krankenhäusern, große Spielräume bei der Ausgestaltung alternativer, integrativer Systeme. Krankenhäuser sollten schnell reagie-

ren und die neun Möglichkeiten nutzen. Folgende gesetzlichen Änderungen gelten seit dem 01. 01. 2004:

- Einführung eines zeitbegrenzten, einprozentigen (1%) Abschlags auf die Krankenhausvergütung sowie die Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte – als Anreiz zur Einführung Integrierter Versorgungssysteme. Die Abschläge dürfen nur vorgenommen werden, soweit diese Mittel für die Integrierte Versorgung in der Region benötigt werden. Sofern die Mittel nicht innerhalb von drei Jahren für Integrierte Versorgung verwendet wurden, sind sie an diejenigen wieder zurückzuzahlen, von denen sie einbehalten wurden.
- Im Ergebnis werden ca. 700 Millionen € jährlich zur Verfügung stehen.
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) sind als Vertragspartner nicht mehr vorgeschrieben – Einschränkung des Sicherstellungsauftrages.
- Die komplizierte Budgetbereinigung für Krankenhäuser entfällt. Für die Jahre 2004 bis 2006 wird auf die Bereinigung der Krankenhausbudgets verzichtet. Die Krankenhäuser müssen nicht befürchten, dass ihre Budgets heruntergefahren werden und sie Ansprüche auf zukünftige Budgets und Landesmittel verlieren.
- In der mit den Krankenhäusern zu vereinbarenden Vergütung werden die Leistungen finanziert, die über die im Gesamtbetrag nach §§ 3 und 4 des Krankenhausentgeltgesetzes oder § 6 Bundespflegesatzverordnung enthaltenen Leistungen hinausgehen.
- Im Rahmen der Integrierten Versorgung können auch Managementgesellschaften als Vertragspartner für Krankenkassen tätig werden.
- Die Leistungserbringung innerhalb der Integrierten Versorgung ist künftig nicht mehr an den Zulassungs- und Berechtigungsstatus der beteiligten Leistungserbringer gebunden.

#### *Mögliche Varianten der Integrierten Versorgung für die Krankenhäuser:*

Der Gesetzgeber sieht vor, dass die Krankenkassen Verträge über „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende Versorgung“ abschließen können, und beschreibt damit die beiden zu entwickelten Varianten:

- Indikationsbezogene interdisziplinäre-fächerübergreifende Versorgung in der Form von **Komplexpauschalen**, für bestimmte Operationen, Hüftendoprothesen oder Prostataentfernung – die sogenannte „Light-Variante“. Beispiele für solche Verträge sind z.B.: AOK in Essen und Wiesbaden, Verträge zwischen der LBK Hamburg und der DAK, LBK Hamburg und TK sowie zwischen der KV Schleswig-Holstein und einem Belegkrankenhaus in Lübeck.
- Vollumfängliche Verantwortungsübernahme für sich einschreibende Patienten mit einem, verschiedene Leistungssektoren übergreifend wirkendem Gesamtbudget – hier als „**Full-Size-Variante**“ bezeichnet.

Beispiele für solche Verträge sind etwa die Prosper Modelle der Bundesknappschaft, die Planung der Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel, die Konzeption eines integrierten medizinischen Dienstes von vier Einrichtungen für behinderte Menschen in Niedersachsen mit vier Kassenverbänden.

## Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung

Mit den Paragrafen zur Integrierten Versorgung wird mehr Wettbewerb in das Gesundheitswesen Einzug halten, so dass es zu einem Nebeneinander von korporatistischen und wettbewerblichen Steuerungsansätzen kommt.<sup>12</sup>

Die nachfolgende Aufstellung ist beispielhaft und veranschaulicht noch einmal Chancen aber auch Risiken von wettbewerbsorientierten, integrativen Versorgungsmodellen.

### CHANCEN:

- Verbesserte Versorgung der Patienten (besonders chronisch kranker Menschen)
- Kosteneinsparungen
- Transparenz und Vergleichbarkeit der Leistungen
- Umfassendes Qualitätsmanagement
- Verbesserte und sektorenübergreifende Zusammenarbeit der Leistungserbringer
- Verbesserung des Verhältnisses zwischen Pflege und Ärzten

### RISIKEN:

- Risikoselektion
- Unterversorgung der Patienten
- Rationierung der Leistungen
- Vertrauensverlust zwischen Arzt und Patienten aufgrund der Kommerzialisierung der Arzt-Patienten-Beziehung
- Verstärkte Bürokratisierung des Gesundheitswesens

Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen empfiehlt in seinem Gutachten 2003, die gesetzlichen Vorschriften und Rahmenvereinbarungen für die Integrierte Versorgung von Fehlanreizen und überflüssigen Regulierungen zu befreien<sup>13</sup>.

Krankenhäuser sollten bei entsprechenden Qualifikationen im Rahmen der Integrierten Versorgung Leistungen auch ambulant, im Rehabilitations- oder im Pflegebereich erbringen können.

Von ver.di wird zur Vermeidung von Risikoselektion die Einführung eines morbiditätsorientierten Risiko-Strukturausgleichs (RSA) innerhalb der Krankenkassen gefordert, um insbesondere die Versorgung chronisch Kranker zu verbessern.

Durch das Beitragssatzsicherungsgesetz und das SGB V Änderungsgesetz vom November 2002, auch „Vorschaltgesetz“ genannt und das GKV Modernisierungsgesetz, welches zum 01.01.2004 in Kraft tritt, hat der Gesetzgeber die bisherigen Grundlagen für die Integrierte Versorgung verbessert.

---

<sup>12</sup> Vgl. Kühn H (1997) Managed Care Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und Integrierter Versorgung. Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrums Berlin, P 97-202

<sup>13</sup> Vgl. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Finanzierung, Nutzungsorientierung und Qualität (Kurzfassung) 6. Kapitel Bonn 2003

## **Reaktionsmöglichkeiten der Krankenhäuser auf die neuen gesetzlichen Möglichkeiten der Integrierten Versorgung**

Angesichts der Umsatz- und Ertragsbedeutung eines einprozentigen (1%) Budgetabzuges müssen die Krankenhäuser kurzfristig reagieren und sich auf den Abschluss eines Vertrages zu Integrierten Versorgung vorbereiten.

Da nicht davon ausgegangen werden kann, dass die Krankenkassen mit allen Krankenhäusern Verträge abschließen werden, wird die rasche Vorbereitung des Krankenhauses zum Erfolgsfaktor im Wettbewerb.

Mögliche Handlungsvarianten:

- Berechnung der Umsatzeinbußen bei 1% Rechnungsabzug auf alle Leistungen.
- Die Entscheidung über die Vorgehensweise ist in Abhängigkeit von den vorhandenen Managementressourcen und Kompetenzen, von den Investmöglichkeiten sowie von der Höhe der Umsatzeinbuße nach einer ersten Stärken-Schwäche-Analyse zu treffen.
- Die eignen Strategie für einen Vertrag zur Integrierten Versorgung nach der sog. „Light-Variante“ (Komplexpauschalen) ist zu entwickeln, soweit klar definierte Behandlungsstränge zu Produktverträgen genutzt werden können, die den 1% Abschlag wieder zurückführen.
- Oder das Krankenhaus orientiert sich am „Full-Size-Modell“ (Versorgungsgemeinschaft) soweit für das Krankenhausmanagement eher die strategische Möglichkeit von Bedeutung ist, eine Leistungsverminderung für den Teil der Integrierten Versorgungs-Versicherten mit Leistungsvermehrungen in der Regelversorgung bei Fortführung des jetzigen Budget ausgleichen zu wollen und eine Erweiterung des Geschäftsmodells auch aus anderen Gründen interessant erscheint. Dies könnte für kleinere ländliche Krankenhäuser überlebenswichtig werden wie aber auch für Häuser in sehr kompetitiven städtischen Umgebungen. Immerhin geht es bei „Full-Size-Verträgen“ um Größenordnungen von 1700 bis 2000 Euro pro Versichertem. Deutlich mehr als 10.000 Versicherte sind aus Gründen der Risikoverteilung pro System anzustreben. Das ergibt ein Umsatzvolumen von 20 Millionen Euro.
- Neben den inhaltlichen Entscheidungen für eine der beiden Varianten (die parallele Verfolgung beider Strategien ist ebenfalls möglich) ist eine Entscheidung zutreffen, ob die konkrete Ausarbeitung und Aushandlung intern mit eigenen Managementressourcen erfolgen soll oder in Zusammenarbeit mit externen Kooperationspartnern.
- Das Krankenhaus muss eine Konzeption für den Einstieg in Verhandlungsgespräche möglichst rasch vorbereiten.
- Danach sind Verhandlungen zu führen, und Wirtschaftlichkeit und Sekundäreffekte zu berechnen. Es geht um Investitionsplanung, Risikokalkulation, Berechnung von Vergütungssummen und Veränderungsindices, vorbereitende Entwicklung von integrierten Behandlungsmustern und Qualitätsvereinbarungen.
- Frühestens ab dem zweitem Quartal 2004 werden Krankenhäuser, die sich bereits zum Jahresbeginn auf den Weg gemacht haben, mit ersten Erträgen aus der Integrierten Versorgung rechnen können.

## **Öffnung der Krankenhäuser und Chance zur Integrierten Versorgung durch ambulante Behandlung und Disease-Management-Programme**

Das GKV Modernisierungsgesetz ermöglicht den Krankenhäusern ab 01.01.2004 im gewissen Umfang die ambulante und nachstationäre Behandlung von schwerstkranken Patienten mit bestimmten festgelegten Diagnosen. Hier besteht nun die Möglichkeit ambulante, stationäre und nachstationäre Behandlung als Versorgungskette aufzubauen und gesondert abzurechnen.

Die Krankenhäuser können sich nun durch Direktverträge an den Disease-Management-Programmen (DMP) für chronisch Herz- und Kreislaufkranke und den anderen schon bestehenden DMP beteiligen. Dies führt zu einer weiteren Öffnung der Krankenhäuser für ambulante und nachstationäre Leistungen. Die Krankenhäuser können Vertragspartner der Krankenkassen für DMP sein, wenn sie mit einer ausreichenden Zahl niedergelassener Ärzte kooperieren. Dies gilt zunächst für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherungen.

Da es keine eindeutige Definition von Disease-Management gibt<sup>14</sup>, stelle ich zwei Erläuterungen zu Disease Management voraus:

1. Den DMP liegen gemeinsame Komponenten wie evidenzbasierte Leitlinien, Informationssysteme, Patientenschulung und Maßnahmen zur Qualitätssicherung zugrunde. Ziel ist die Steuerung der Behandlung und Betreuung von Patienten mit definierten Gesundheitsstörungen über professionelle, institutionelle und sektorspezifische Grenzen hinweg. DMP umfassen die gesamten Lebensphasen, die von Gesundheitsstörungen geprägt werden, sowie sämtliche Maßnahmen der Betreuung und Behandlung, aber auch die der Gesundheitsförderung, Prävention und Rehabilitation. Ihr Ziel ist es, die Versorgungsqualität zu verbessern und die Kosten zu verringern.<sup>15</sup>
2. Disease-Management ist ein systematischer Behandlungsansatz, der für chronisch Kranke eine kontinuierliche und qualitativ hochwertige Versorgung nach dem neuesten Standard der Wissenschaft organisiert. Disease-Management ist ein ideales Instrument, Über-, Unter- und Fehlversorgung in der Versorgung chronischer Kranker in Deutschland abzubauen. Dies führt im medizinischen Bereich zu verbesserten Outcomes, im ökonomischen Bereich zu einer Kostenstabilisierung durch zu erwartende mögliche Kosteneinsparungen, die Verknüpfung der Programme mit dem Risikostrukturausgleich (RSA) sowie der Einführung einer evidenzbasierten Therapie, und nicht zuletzt zur Verringerung von Komplikationen und Komorbiditäten.<sup>16</sup>

Bei Disease-Management-Programmen übernimmt der Hausarzt die Funktion des „Disease-Managers“. Spezialisierte Fachärzte in der ambulanten und stationären Versorgung werden bei Bedarf hinzugezogen. Erfüllen die Versicherten die medizinischen Einschreibekriterien, können sie sich freiwillig in Disease-Management-Programme einschreiben. Der Hausarzt weist den Patienten aufgrund der Anamnese, der körperlichen und laborchemischen Untersuchung einer der vorgegebenen Disease-Management Gruppen zu:

---

<sup>14</sup> vgl. Kurzfassung Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheit S. 87 ff

<sup>15</sup> vgl. ebd.

<sup>16</sup> vgl. Lauterbach, K., u.a.: Disease Management in Deutschland – Voraussetzung, Rahmenbedingungen, Faktoren zur Entwicklung, Implementierung und Evaluation. Gutachten im Auftrag von VdAK und AEV, Köln 2001

**Gruppe 1:** Zielwerte erreicht oder außerhalb der Risikoschwelle

**Gruppe 2:** Mindestens ein Wert liegt im definierten „Risikobereich“

**Gruppe 3:** Komplikationen / Begleiterscheinungen

Das **Basismodul** besteht aus:

- Krankheits-Koordinator
- Patientenschulung
- Evidenzbasierte Leitlinien
- Individuellem Patientenbehandlungsplan
- Entscheidungsunterstützung
- Screening
- Benchmarkingdatensatz
- Selbsthilfegruppen

Die **Ergänzungsmodule** bestehen aus:

- Individueller Basistherapie
- plus Therapie der Risikofaktoren
- plus evtl. Komplikationstherapie
- Individuelles Patientenmanagement nach Risikoratifizierung, je nach klinischem Zustand und psychosozialer Faktoren<sup>17</sup>

Die aufgrund der Datendokumentation und Datenverarbeitung gesammelten und pseudonymisierten Daten sollen allen Patienten und Leistungsanbietern durch spezielle Zugangsberechtigung zur Verfügung stehen. Dadurch soll eine zeitnahe Evaluation ermöglicht werden. Die Krankenkassen erhalten Zugriff auf die pseudonymisierten Daten, die für die Meldung zum Risikostrukturausgleich notwendig sind. Alle anderen Daten dürfen den Kassen nur mit ausdrücklicher Genehmigung des Patienten weitergegeben werden.

Wichtige Bestandteile der Disease-Management-Programme sind die Sicherung und Weiterentwicklung der Qualitätsziele<sup>18</sup> sowie die in § 137 f SGB V vorgeschriebene Gesamtevaluation, die wesentlich zur Qualitätssicherung beiträgt.

Das Krankenhaus nimmt innerhalb der Disease-Management-Programme eine wichtige Stellung ein. So haben chronisch kranke Patienten eine deutlich höhere Anzahl stationärer Aufenthalte als Patienten ohne chronische Erkrankungen und weisen zusätzlich sehr komplexe Krankheitsbilder auf. Eine enge Anbindung an eine Spezialambulanz im Krankenhaus erfolgt heute bereits. Aufgabe dieser Spezialambulanzen kann es innerhalb der Disease-Management-Programme sein, die Versorgung in enger Kooperation mit dem Hausarzt und den niedergelassenen Fachärzten zu koordinieren und zu optimieren.<sup>19</sup>

---

<sup>17</sup> vgl. Kurzfassung Gutachten des Sachverständigenrates für Gesundheit, a.a.O., S. 87 ff

<sup>18</sup> ebd.

<sup>19</sup> Vgl. Lauterbach, K., Stock, S., Redaelli, M., Kühn, M., Lungen, M.: Disease Management in Deutschland a.a.O.

In erfolgreichen Modellen in den USA und Europa werden Spezialambulanzen innerhalb der Disease-Management-Programme zunehmend zu Kompetenzzentren ausgebaut.<sup>20</sup> Diese organisieren schon während des stationären Aufenthaltes eine sektorübergreifende Schulung, erstellen zusammen mit dem Patienten detaillierte Betreuungspläne mit definierten Zielen und schlagen ein evidenz-basiertes Therapiekonzept vor. Durch regelmäßige Sprechstunden mit dem betreuenden Hausarzt wird eine enge Abstimmung des Therapiekonzeptes und eine Patientenbindung erreicht. Die entsprechenden Patientendaten, Laborwerte und evtl. Therapieänderungen werden zwischen Spezialambulanz und Hausarzt in regelmäßigen Abständen ausgetauscht. Dies verbessert das Patientenmanagement mit Erinnerungssystemen, erleichtert die Hinzuziehung von Experten anderer Fachrichtungen ebenso wie die Beratung in Fragen des Lebensstils.<sup>21</sup>

Durch die Einführung der DRG wird der Ausbau der Krankenhausambulanzen um so wichtiger, um einen evtl. Rückgang der Fallzahlen im stationären Bereich aufzufangen. Allerdings sind die neuen Aufgaben der Krankenhausambulanzen mit den herkömmlichen Vergütungsformen nicht vereinbar. Die Komplexpauschalen sind auch hier ein Weg, um dem Patienten eine Verbesserung der Versorgungsqualität angedeihen zu lassen.<sup>22</sup>

Für die Krankenhäuser sollten folgende Regelungen zu integrierten Versorgungsformen bei den zukünftigen Gesundheitsreformdebatte weiterentwickelt werden, damit sie weiter aktiv in den Prozess der Integrierten Versorgung einbezogen werden. Die gesetzlichen Regelungen ab dem 01.01.2004 können nur der Beginn einer notwendigen Entwicklung sein.

- Krankenhäuser können mit niedergelassenen Ärzten und ambulanten Pflegediensten kooperieren, integrierte Angebotsstrukturen aufbauen und eigene Versorgungsverträge mit den Krankenkassen abschließen. Sie können sich aber auch zu sog. Gesundheitszentren entwickeln, die ein ganzes integriertes Angebotsspektrum umfassen.
- Krankenhäuser erhalten einen Zulassungsanspruch und können im Rahmen der Integrationsverträge auch ambulante Leistungen vereinbaren und erbringen.
- Krankenhäuser sind im Rahmen von DMP zur ambulanten Leistungserbringung gesetzlich zugelassen.
- Gesetzliche Zulassung für fachärztliche und spezialisierte Leistungen, die durch Vereinbarungen entsprechender Leistungskataloge zwischen DKG und GKV geregelt werden.
- Ambulante fachärztliche Weiterbehandlung nach der Entlassung des Patienten.
- Nachbetreuung entlassener Patienten durch einen ambulanten, mobilen Pflegedienst der Krankenhausambulanz.

## **Voraussetzungen für die Umsetzung Integrierter Versorgungsstrukturen**

Die hier aufgeführten Vorschläge für die Entstehung Integrierter Versorgungsstrukturen sind als Diskussionsbeiträge zu verstehen. Sie erheben nicht den Anspruch auf Vollständigkeit.

In diesem Abschnitt soll der Rahmen und die Voraussetzungen für eine Integrierte Versorgungsstruktur, i. S. d. § 140 a-d SGB V, dargestellt werden.

Integrierte Angebots- und Versorgungsformen entstehen dann, wenn die Erwartungen der Leistungserbringer erfüllt werden. Dies geschieht, wenn die Qualität der Versorgung steigt,

---

<sup>20</sup> ebd.

<sup>21</sup> ebd.

<sup>22</sup> Vgl. Strehl, R.: Hindernisse und deren Überwindung bei der Erbringung ambulanter Leistungen durch Hochleistungskrankenhäuser In: Arnold, M., Paffrath, D.: Krankenhausreport, 1995. Stuttgart 1996

die Zusammenarbeit verbessert wird, die Arbeitszeiten kalkulierbar bleiben und die eigene Existenz gesichert ist. Integrative Angebote behaupten sich am Markt, wenn die Versicherten die Angebote kennen, diese sowohl qualitativ als auch preislich überzeugen und die Möglichkeit einer Auswahl bieten.

Dabei sollten folgende Voraussetzungen erfüllt sein:<sup>23</sup>

**Finanzierung:** Die Aufbau- und Betriebskosten von integrativen Versorgungsformen müssen finanziert werden. Der Aufbau solcher Strukturen hat in der Vergangenheit gezeigt, dass die Kosten höher liegen als ursprünglich angenommen. Grundlage jeder Initiative nach § 140 a-d SGB V muss ein **Geschäfts- und Finanzierungsplan** sein, der auf einem Unternehmenskonzept basiert<sup>24</sup>.

Eine denkbare Finanzierung von Aufbau- und Betriebskosten des Versorgungsnetzes ergibt sich durch:

- Die Mittel zur Anschubfinanzierung, nach § 140 d SGB V sind vorhanden und in den Verhandlungen mit den Krankenkassen auszunutzen
- Investitionen der Teilnehmer
- Individuell zu erbringende Gesundheitsleistungen durch die Netzpartner
- Unterstützung aus anderen Quellen, wie z. B. Krankenkassen und Sponsoren.<sup>25</sup>

**Vergütung:** Die Leistungsanbieter im Gesundheitswesen verfolgen, wie andere Leistungsanbieter auch, ökonomische Interessen. Deshalb müssen Modelle integrierter Versorgungsformen entsprechende Anreize bieten, um diese Erwartungen zu erfüllen.

Als Vergütungsformen kommen in Frage:

- Einzelleistungsvergütung (feste Punktwerte, Unter-/Obergrenzen)
- Fallpauschalen
- Kombinierte Budgets
- Kopfpauschalen
- individuelle Vergütungsvereinbarungen

Weiterhin bieten sich so genannte **Komplexpauschalen** an, gleichzeitig wird den Leistungsanbietern die Verantwortung über die **versichertenbezogenen Budgets**<sup>26</sup> übertragen. Sektorenübergreifende Budgets würden im Gegensatz zu Teilbudgets dazu beitragen, dass die bestehenden Sektorengrenzen aufweichen.<sup>27</sup> Übernehmen die Anbieter die ökonomische

---

<sup>23</sup> Die folgenden Punkte beziehen sich auf § 140 a-h SGB V

<sup>24</sup> Vgl. Tophoven, C.: Der lange Weg zur Integrierten Versorgung. In: Arbeit und Sozialpolitik. Baden-Baden 9-10/2002

<sup>25</sup> Vgl. Sohn, S., Schöffski, O.,: Organisations- und prozesstheoretische Grundlagen für den Aufbau und Betrieb von Praxisnetzen. O.O. 2002 S. 365-372

<sup>26</sup> Ein Netz erhält pro Versicherten eine Kopfpauschale, die das Morbiditätsrisiko des Versicherten so gut wie möglich abdecken soll. Die Summation der Kopfpauschalen für eingeschriebene Patienten bildet das Budget des Netzes.

<sup>27</sup> Strehlau-Schwoll, H., Scholling, K. E.: Integrierte Versorgung nach der GKV-Gesundheitsreform 2000 – Anforderungen an das Krankenhausmanagement. In: das Krankenhaus. Düsseldorf 09/1999, S. 565 ff

Verantwortung ihres Budgets, so haben sie ein Interesse, die umfassende Versorgung ihrer Patienten möglichst effizient zu erbringen. Auf einer angebotsindizierten Nachfrage beruhende Behandlungen schlagen sich dann nämlich negativ auf das Netzergebnis aus, das sich als Anteil der mit den Krankenkassen vereinbarten versichertenbezogenen Vergütung errechnet.<sup>28</sup>

**Managementstrukturen:** Angesichts der zu erwartenden Interessenkonflikte in der integrierten Versorgungsstruktur muss es einen entsprechend erfahrenen und mit Entscheidungskompetenz ausgestatteten Akteur (Management) geben, der die Netzziele gegenüber den einzelwirtschaftlichen Interessen der Mitglieder durchsetzt.<sup>29</sup>

**Qualitätsmanagement und Zertifizierung:** Voraussetzung für einen leistungsfähigen und effizienten Versorgungsprozess ist ein praxis- und sektorenübergreifendes Qualitätsmanagement als Basis einer professionellen Selbstbeobachtung und valider Patienteninformationen. Qualitätsmanagement ist Voraussetzung und gleichzeitig ein notwendiges Korrektiv für ein wettbewerblich ausgerichtetes Gesundheitssystem. Der Vertragswettbewerb erhöht nicht nur den Rationalisierungsdruck, sondern setzt u.U. negative Anreize für aktive Risikoselektion und Rationierung.<sup>30</sup> Dies setzt voraus, dass die Qualitätsorientierung von einer neutralen Organisation zertifiziert wird. Inhalt der Zertifizierung sollte die Einhaltung der Patientenrechte und Qualitätsstandards, ein nachprüfbares Qualitätsmanagement und die Einhaltung der Wettbewerbsregeln sein. Die Zertifizierungskommission sollte mit Vertretern der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen und den Pflegeverbänden besetzt sein.

**Ökonomisches und medizinisches Controlling:** Die Budgetsteuerung und ein sektorübergreifendes Qualitätsmanagement setzen ein klinisches und ökonomisches Controlling voraus. Ohne Controlling ist die Übernahme ökonomischer Verantwortung nicht möglich. Ohne Darlegung der Qualitätssicherung setzt sich ein Versorgungsnetz fortlaufend dem Verdacht der Rationierung und Selektion aus, zudem lassen sich Verbesserungen der Versorgung nicht dokumentieren.<sup>31</sup>

**Elektronische Vernetzung:** Eine elektronische Vernetzung der Leistungsanbieter ist Voraussetzung für die Optimierung der Behandlungsprozesse. Für die Behandlung und Betreuung eines einzelnen Patienten ist ein sektorübergreifender Zugriff auf Daten, z. B. in Form der elektronischen Patientenakte, notwendig.

Eine sektorübergreifende elektronische Vernetzung bereitet jedoch eine Reihe erheblicher Schwierigkeiten, die erst aus dem Weg zu räumen sind. Es müssen Investitionen in Soft- und Hardware getätigt werden, inhaltliche Konzepte für ein medizinisches und ökonomisches Controlling entwickelt, Schnittstellen und Standards definiert, Personalentwicklungsmaßnahmen (Schulungen) durchgeführt und rechtliche Probleme (Datenschutz) geklärt werden.<sup>32</sup>

**Patientenrechte:** Qualitative und preisliche Unterschiede der Anbieter müssen so transparent gestaltet und allgemein verständlich sein, dass die Krankenversicherten zwischen den

---

<sup>28</sup> Tophoven, C.: Der lange Weg zur Integrierten Versorgung. In: Arbeit und Sozialpolitik. Baden-Baden 09 und 10/2002

<sup>29</sup> Tophoven, C.: Disease Management und Integrierte Versorgungsformen, a.a.O. S. 35

<sup>30</sup> Kühn, H., a. a. O., 2001

<sup>31</sup> Vgl. Tophoven C., a.a.O., S. 36

<sup>32</sup> Bornemann, S., Daumann, F.: Die elektronische Patientenakte. Darstellung, Wirkung und Hemmnisse. In: Arbeit und Sozialpolitik Baden-Baden 7-8/2002

unterschiedlichen Versorgungsangeboten wählen können. Die Information und die Beteiligung der Versicherten sollte sichergestellt werden, indem sie bei der Entwicklung von Behandlungs- und Diagnoseabläufen in Integrierte Versorgungsformen angehört und als Klienten verantwortlich beteiligt werden. Damit die Versicherten eine informierte Entscheidung treffen können, sollten sie gut verständliche, patientenorientierte Darstellungen des Leistungsspektrums und der vereinbarten Behandlungs- und Diagnoseabläufe in integrierten Angebotsstrukturen erhalten. Darüber hinaus sollten sie ein Informationsrecht zum Qualitätsmanagement, zu Ergebnissen der Patientenbefragungen und der Qualifizierung der Therapeuten erhalten. Die Krankenkassen sollten verpflichtet werden, ihre Versicherten zu der Wahrnehmung ihrer Rechte zu animieren.<sup>33</sup>

**Leistungsanbieter nicht überfordern:** Der Aufbau und der Erhalt Integrierter Versorgungsformen ist ein Reformprozess. Er fordert von den Beteiligten einen hohen persönlichen Einsatz ebenso wie einen abgestimmten Finanz- und Unternehmensplan, eine andere Verhaltensorientierung, das Verändern von Arbeitsroutinen und das „Überbordwerfen“ von routinemäßigen Meinungen und Gewohnheiten. Wie jeder Reformprozess ist auch dieser komplex und herausfordernd und wird nur dann erfolgreich sein, wenn alle an ihm beteiligten Akteure ihn mit Engagement unterstützen. Aus diesem Grund dürfen die Leistungserbringer nicht mit dem Risiko einer Einkommens-, Status- oder gar wirtschaftlichen Existenzgefährdung konfrontiert werden. Dies würde den Aufbau Integrierter Versorgungsstrukturen nicht unterstützen und die Chance dieser Reformperspektive verspielen.<sup>34</sup>

*weitere Literatur beim Verfasser erhältlich*

---

<sup>33</sup> Vgl. Hildebrandt, H., Hesselmann, H.: Patientenrecht und Partizipation: Wahl- und Abwahlmöglichkeiten der Patienten und Versicherten im Zusammenhang mit Integrierten Versorgungsformen. In: Sozialer Fortschritt, 6/2000 S. 130ff

<sup>34</sup> Kühn, H.: Integration der medizinischen Versorgung in regionaler Perspektive. Veröffentlichungsreihe des Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, P 01-2002

## **Integrierte Versorgung - Konzepte, Beispiele, Checklisten**

*Helmut Hildebrandt, Sebastian Hesse, Yvonne Melotyck*

Konzepte, Beispiele und Checklisten für die Vorbereitung und Nutzung der Möglichkeiten für Krankenhauspersonalräte - bearbeitet für die ver.di Bundesverwaltung Bereich Gesundheitspolitik.

### **Was ist unter Integrierter Versorgung zu verstehen?**

Unter „Integrierter Versorgung“ wird zur Zeit sehr vieles verstanden und es existiert keine einheitliche Definition. Mit den folgenden Sätzen beschreiben wir das Wesen der „Integrierten Versorgung“ in Anlehnung an die Ausführungen des Gesetzgebers zum § 140 a-d:

Die „Integrierte Versorgung“ ist eine Versorgungs- und Vergütungsform, die mindestens zwei Sektoren der Versorgung miteinander in der Form eines Einzelvertrags nach § 140 b SGB V verknüpft. Medizinisch besteht sie aus der Überwindung der bisherigen Schnittstellenprobleme und einer höheren Effizienz der Versorgung. Ökonomisch kann „Integrierte Versorgung“ da entstehen, wo „win-win-Lösungen“ zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gegenüber der heutigen Regelversorgung geschaffen werden können. Die Vertragsgestaltung und der Ort der Leistungserbringung unterliegt nur geringen Begrenzungen und die Zulassungsregelungen sind weitgehend aufgehoben. Fester Bestandteil ist aber, dass der Systemträger der Integrierten Versorgung gegenüber der Krankenkasse die Haftung für alle Leistungen des vereinbarten Versorgungsauftrags gegenüber dem Versicherten übernimmt, und zwar unabhängig davon ob er selber die Leistungen erbringt oder Dritte dieses erbringen („Übernahme von Budgetverantwortung“). Die Beteiligung der Versicherten ist freiwillig („Einschreibung“).

Der Aufbau eines Integrierten Systems nach dem § 140a des SGB V ist insofern mehr als die Ansiedlung einer radiologischen Facharztpraxis am Krankenhaus oder der Kooperationsvertrag mit einem Pflegeanbieter. Integrierte Versorgung kann zwar auch den Bau eines (Fach-)Ärztshauses auf dem Krankenhausgelände beinhalten, wird auch die elektronische Integration von Arztpraxen und Krankenhaus umfassen (Elektronische Patientenakte), ist aber gleichzusetzen mit dem Aufbau eines vollständig neuen Unternehmens (parallel zur weiterhin erfolgenden Normalversorgung). Sofern dies vom Krankenhaus aus geschieht, kommt dies einer Änderung der Zielsetzung des Krankenhauses gleich. Letztendlich wird das Krankenhaus in einem solchen System nur noch zum Teil an der Behandlung von Krankheit verdienen, zum größeren Teil stattdessen aber an der klugen und möglichst kostengünstig erfolgenden Vermeidung von Krankheiten.

Zur Vereinfachung haben wir ab und zu das Bild von einem „Generalübernehmer“ bemüht, der gegen einen Pauschalbetrag pro Versicherten seinerseits die unterschiedlichen „Gewerke“ des Gesundheitswesens bei Bedarf hinzuholt und die Versorgung optimal steuert. Statt dem Generalübernehmer könnte man für das Integrierte System auch das Bild einer kleinen regionalen Krankenkasse entwerfen, die von den Leistungsanbietern selber aufgebaut wird und nun ihrerseits an der optimalen Steuerung der Leistungen und der Gewinnung der Versicherten durch ein überlegenes Versorgungsprodukt ein Interesse hat.

## **Integrierte Versorgung – Hintergrund und ein kurzer historischer Abriss**

Unser Gesundheitswesen ist besser als in den meisten anderen Ländern der Welt und die professionellen Mitarbeiter der unterschiedlichen Einrichtungen bemühen sich um die beste Versorgung für die Patienten. Aber immer wieder sehen wir selber oder hören wir Berichte, dass manche Dinge nicht so recht klappen. Ganz häufig handelt es sich dabei um Mängel, die aufgrund der Art und Weise der Organisation und Finanzierung entstehen. Ein Beispiel:

Eine 73-jährige alleinstehende Frau wird auf der Straße vor ihrem Haus von einem Auto angefahren, wird mit Polytrauma und komplizierten Unterschenkelfrakturen in die Notaufnahme gebracht, kommt danach zur Reha und wird aufgrund der Zeitbegrenzung noch unzureichend mobilisiert nach sechs Wochen wieder nach Hause entlassen. Eine sich entwickelnde Depression wird nicht erkannt und bleibt unbehandelt. Der Hausarzt verordnet eine Zeitlang Krankengymnastik, die Mobilisation ist aber nur wenig erfolgreich und nach einem halben Jahr wird die Behandlung ganz abgebrochen. Die alte Dame behilft sich mit einem Stock und humpelt durch die Wohnung. Um nachts nicht aufstehen zu müssen, trinkt die Frau ab nachmittags nur noch wenig. In ihrem Haus stürzt die alte Dame eines morgens auf der Treppe schwer. Nach zwei Tagen stellen die Nachbarn fest, dass etwas passiert sein muss, gerade noch rechtzeitig kommt die Frau wieder in die Klinik. Neben dem Oberschenkelhalsbruch und der Depression wird eine beginnende Demenz sowie Herzinsuffizienz diagnostiziert. .... Perspektive: Pflegeheim

Keine Frage: Irgendwie wäre diese Situation auch im gegenwärtigen System besser zu regeln gewesen, wenn auch vielleicht nicht immer auf dem ganz offiziellen Weg. Engagierte Haus- und Fachärzte, kluge Pflegekräfte und kreative Krankenhausärzte finden – zum Glück – meistens noch Mittel und Wege, trotz der existierenden Beschränkungen für den Patienten eine halbwegs akzeptable Lösung zu finden. Aber wie viel Energie muss gegen die jetzigen ökonomischen Bedingungen aufgewandt werden, um derartige Lösungen zu finden. Und wie wird sich die Situation erst noch verschärfen, wenn die DRG- Abrechnung vollständig greifen wird?

Seit über zwei Jahrzehnten wird in der Fachöffentlichkeit deshalb über die stärkere Integration der Versorgung nachgedacht. Vor kurzem hat der Sachverständigenrat ein Gutachten zu Über-, Unter- und Fehlversorgung im deutschen Gesundheitswesen vorgelegt ([www.svr-gesundheit.de](http://www.svr-gesundheit.de)).

Neben der Versorgungsoptimierung und besseren Informationsweitergabe, Pflegeplanung und strukturierteren und zielgerichteteren Behandlung stand dabei immer auch der Aspekt der effizienteren Verwendung der begrenzt vorhandenen Ressourcen im Blickpunkt.

Auch im Rahmen der gewerkschaftlichen Diskussionen entstanden Positionspapiere und Veröffentlichungen, die das Thema Integrierte Versorgung behandelten. Exemplarisch seien hier nur genannt:

- ver.di Transparenzstudie: „Von einem fragmentierten zu einem integrierten medizinischem Versorgungssystem“ (Giselher Dick, PSL Rambøll), 2002 gefördert durch die Hans- Böckler Stiftung,
- ÖTV Broschüre: „Perspektiven für eine Integrierte Gesundheitsversorgung“, bearbeitet von Manfred Fiedler, 1997
- Integrierte Versorgung am Beispiel Lüchow-Dannenberg (Hildebrandt, v.Prittwitz, Sachweh, Sander), in: Infodienst Krankenhäuser ver.di, Nr. 13/10/2001

## Einige Beispiele für mögliche Verträge zur Integrierten Versorgung

nach geltendem Recht der § 140 a-d

### ENDOPROTHETIK:

Eine aus einem Großklinikum und fünf Rehabilitationskliniken gebildete IV-GmbH bietet einer Krankenkassengruppe an, mit einer Komplexpauschale die stationäre Endoprothetik sowie die anschließende Reha-Versorgung zu übernehmen und das Risiko, ob der Patient ambulante oder stationäre Reha haben will selber zu tragen. Die Komplexpauschale ist in ihrem Preis mengenabhängig (degressiv) und sieht eine Gewährleistung vor für 10 Jahre. Erklärtes Ziel ist die Mengensteigerung im eigenen Klinikum zu Lasten der Konkurrenzhäuser. Die Krankenkasse nimmt an. (*in vielfältigen Formen bereits existent*)

### PROSPER:

Krankenkasse (mit Krankenhäusern) als Systemträger - Die Bundesknappschaft hat u.a. in Recklinghausen und im Saarland sog. Prosper-Projekte gegründet: Dort ist das oben beschriebene Modell erfolgreich umgesetzt worden. Deutliche Einsparungen gegenüber einem analogen Vergleichskollektiv konnten erzielt werden, im wesentlichen über die Vermeidung bzw. Substitution von stationären durch intensiviertere ambulante Behandlungen. Die daran beteiligten Knappschaftskrankenhäuser konnten gleichzeitig durch die Steuerungswirkung der kooperierenden Niedergelassenen ihre Leistungszahlen (durch Versicherte anderer Krankenkassen) ausdehnen und ihren Ruf erhöhen. (Näheres, vgl. <http://www.bundesknappschaft.de>)

### PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG:

Ein psychiatrisches Krankenhaus bietet einer Krankenkasse einen Vertrag an, der die klinische Versorgung für eingewiesene psychisch Kranke einer definierten Region für die nächsten zwei Jahre zu einem Festpreis von xxx Eur garantiert. Sofern der Patient in diesem Zeitraum in einer anderen psychiatrischen Klinik aufgenommen wird und daraus gültige Rechnungen generiert werden (also der MDK nicht feststellt, dass die Behandlung medizinisch unnötig war), übernimmt das Vertragskrankenhaus die Rechnungskosten. (noch fiktiv, aber zur Zeit in Verhandlung)

### DAS ÄRZTENETZ ÜBERNIMMT DIE STEUERUNGSHOHEIT:

Ein fachübergreifendes Ärztenetz in Hannover - Oststadt mit 80 Arztsitzen entwickelt mit der AOK-Niedersachsen einen Vertrag über die Versorgung der bei den beteiligten Ärzten sich einschreibenden Patienten mit folgenden chronischen Erkrankungen: Diabetes, Herz-Kreislauf und Asthma: Die AOK sichert dem Ärztenetz zu, dass sie sich mit dem Netz die von ihm erzeugten Einsparungen bei Krankenhaus-, Arzneimittel-, Transport- und Krankengeldkosten gegenüber dem Aufwand der letzten drei Jahre für die eingeschriebenen Patienten teilt. Das Ärztenetz rechnet mit Einsparmöglichkeiten in Höhe von 1.600 Eur pro chronisch Kranken und einer Einschreibung von 2.000 Versicherten. Pro Arztsitz errechnen sich so im Schnitt 20.000 Eur Mehrerlös pro Praxis pro Jahr. (fiktiv)

## DAS KRANKENHAUS WIRD SYSTEMTRÄGER:

Die Ausarbeitung von Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen zur „Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel“ wurde mehrfach im Kreis von Ver.di bereits vorgestellt: Die Beratungsfirma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH hat in langer Verhandlungsarbeit mit den Vorständen der Ersatzkassen und des VdAK ein Grundmodell einer Integrierten Versorgung mit allen Datenflüssen, Steuerungselementen und Finanzierungsformen entwickelt, das bundesweit für analoge Verträge genutzt werden kann, und bei dem das Krankenhaus der zentrale Systemträger der Integrierten Versorgung ist.<sup>35</sup> Eine in Teilen ähnliche Vereinbarung, allerdings spezialisiert auf Behinderteneinrichtungen ist seit 1.4.2003 in Niedersachsen in Betrieb.

## Zwei grundsätzliche Varianten von Integrierter Versorgung

Zur besseren Verständlichkeit beschreiben wir hier zwei sehr unterschiedliche Varianten von Integrierter Versorgung, die in der Realität aber durchaus sich auch nebeneinander entwickeln lassen und gewisse Überlappungen aufweisen können:

### 1. REGIONALE BUDGETVERANTWORTUNG

Vollumfängliche Verantwortungsübernahme für alle Versicherte einer Krankenkasse einer definierten Region mit einem verschiedene (oder alle) Leistungssektoren übergreifend wirkenden Gesamtbudget, das dem Vertragspartner die heutigen Durchschnittskosten der Regelversorgung für die Versicherten dieser Region garantiert, ihm aber hohe Variationsfreiheit gibt, durch „klügere“ Organisation und Leistungserbringung Einsparungen zu erwirtschaften und diese für sich zu behalten.

Kommentar und Erläuterung: Diese Variante ist ökonomisch und medizinisch besonders vielversprechend, erlaubt sie doch den maximalen Einsatz von allen zur Verfügung stehenden Hebeln zur Versorgungsoptimierung und über alle Bereiche (Arzneimittel, Transporte, stationär, ambulant, Reha, Häusliche Krankenpflege, Krankengeld etc), erfordert aber auch ein entsprechend verantwortungsbewusstes und durchsetzbares Steuerungssystem über alle Indikationen hinweg. Der entscheidende Unterschied zwischen dieser Integrierten Versorgung und der bisherigen sektoral aufgeteilten Versorgung ist die Veränderung der Anreizwirkungen der Ökonomie. In einer solchen Integrierten Versorgung hat der Verantwortliche für die Leistungserbringung (= der Träger der Integrierten Versorgung) ein nicht nur medizinisches und medizin-ethisches sondern zusätzlich auch ein ökonomisches Interesse an der Gesunderhaltung und Gesundheitsförderung seiner Versicherten.

Der Gedanke der Prävention gewinnt bei dieser Variante eine zentrale Bedeutung. Der Systemträger wird ökonomisch „belohnt“ wenn er die Erkrankung eines Patienten strukturiert und patientengerecht optimal versorgt und das Risiko einer erneuten Erkrankung durch ebenfalls koordiniert erbrachte präventive Leistungen und Angebote an den Patienten/ Versicherten erheblich reduziert. Wenn er durch derartige strukturierte Interventionen die Kosten der Versicherten unter den durchschnittlichen Kostengleichaltriger und morbider Versicherter hält, erfährt er einen Vorteil. Ökonomisch belohnt wird in diesem Modell die Krankheits- und Rezidivvermeidung und nicht die Erbringung möglichst vieler teurer Diagnostik- und Behandlungsleistungen. Der Träger der Integrierten Versorgung übernimmt in gewissem Sinne die Verantwortungsebene einer Krankenkasse und erhält dazu gleichzeitig erheblich erweiterte Steuerungsmöglichkeiten auf der lokalen Ebene für die jeweils lokal optimal erbrachte Gesundheitsversorgung. Dies eröffnet auch Möglichkeiten für die Einbeziehung von betrieblicher und auch schulischer Gesundheitsförderung als Teil des Präventionsgedankens in den

---

<sup>35</sup> Näheres, vgl. <http://www.gesundheitsconsult.de/Service.htm#IntegrierteVersorgung>

Versorgungsansatz der Integrierten Versorgung auf lokaler Ebene. Der Patient bzw. Versicherte kann wählen, ob er sich diesem Modell anschließen will oder nicht.

Mit einem solchen Modell wird das Geschäftsmodell im Gesundheitswesen umgekehrt. Während bisher der Leistungserbringer seine kaufmännische Findigkeit auf eine Maximierung von Leistungen und Umsätzen hin ausrichten musste – wenn auch in Teilen begrenzt durch den Rahmen der vereinbarten Budgets, so wird der Träger eines Integrierten Versorgungssystems seine medizinische und kaufmännische Klugheit darauf ausrichten, durch Schnittstellenorganisation, ein Reengineering des Versorgungsprozesses, durch geeignete Patientenbeteiligung und Gesundheitsförderung/Prävention den Versicherten zu möglichst geringer Inanspruchnahme des (kostenintensiven) medizinischen Versorgungssystems zu bewegen. Mehrfachuntersuchungen sind in diesem Modell gerade zu vermeiden. Ermöglicht wird dies durch das koordinierte Arbeiten „Hand in Hand“ aller Versorgungsebenen. Der eingeschriebene Versicherte und der behandelte Patient in diesem Modell sind mündiger und informierter Partner des Versorgungsnetzwerkes und tragen Verantwortung für ihre Gesundheit. Die Abläufe des Modells werden für den Versicherten transparent, die Akzeptanz steigt. Die Realisierung erfordert eine höhere Betreuungsintensität der Versicherten. Die Verschiebung der Betreuungsleistungen von der Krankheitsbehandlung hin zur Krankheitsvermeidung führt auch zu einer Verschiebung des Personalbedarfes in diese Richtung. Die Einbeziehung der Versicherten in die Erhaltung und Förderung ihrer Gesundheit muss sowohl durch Ärzte als auch durch Pflegepersonal kommuniziert, begleitet und unterstützt werden. Durch diese Verschiebung werden Arbeitsplätze gesichert, die sonst z.B. durch die Einführung der DRG und den damit einhergehenden zu erwartenden Bettenabbau in den Krankenhäusern wegzufallen drohen.

#### *Varianten:*

In Erweiterung hierzu sind auch zeitbegrenzte Komplexpauschalen denkbar, etwa für die Aufnahme eines Patienten in eine Klinik und die darauf aufbauende indikationsbezogene Verantwortungsübernahme auch für eine Zeit nach dem Klinikaufenthalt mit Verhaltenstrainings und Einhaltung bestimmter Blutwerte oder Wirksamkeitsspiegel bis hin zur garantierten Wiederaufnahme in die Klinik bei entsprechender Nichteinhaltung.

- zeitbegrenzte Budgetübernahmen für bestimmte Hochkostensegmente der Versorgung. Hierbei ist von MS- und HIV-Erkrankungen über Demenz und urologische wie rheumatische und Erkrankungen im HKH wie im neurologischen Bereich an ein breites Spektrum zu denken.
- Versorgung von definierten Bevölkerungssegmenten, z.B. Senioren, bestimmte Bevölkerungsgruppen (nach Geschlecht, Ethnischer Zugehörigkeit, Behinderung)
- Budgetübernahmen für Versicherte mit definierten Indikationen

## 2. KOMPLEXPAUSCHALEN-MODELL

Indikationenbezogene interdisziplinär-fachübergreifende Integrierte Versorgung etwa in der Form von Komplexpauschalen für bestimmte operative Eingriffe mit vor- und nachstationären Untersuchungen, häuslicher Krankenpflege und evtl. ambulanter bzw. stationärer Rehabilitation.

Bestimmende Merkmale sind hierbei eine Teilrisikoübernahme (z.B. ein Preis, unabhängig davon, ob der Patient ambulant oder stationär rehabilitiert wird), oft auch eine Gewährleistung, d.h. ein für die Krankenkasse kostenfreier Revisionseingriff, etwa bei Implantatlockerung, und eine Preisdegression abhängig von der Fallzahl. Letzteres erlaubt eine win-win-Lösung für Krankenhaus und Krankenkasse dadurch, dass das Krankenhaus schon vor 2007 seine Fallzahlen bei definierten Eingriffen steigern kann (Vorteil: Skaleneffekt) und die Kran-

kenkasse pro weiterem Eingriff einen Preisabschlag erhält, der ihr wiederum einen Kostenvorteil vor der Konkurrenz schafft.

Kommentar und Erläuterung: Speziell für endoprothetische Eingriffe gibt es inzwischen ein recht gut dokumentiertes und standardisiertes Vertragsset, der LBK-Hamburg und andere Häuser haben auch erste weitere chirurgische Eingriffe vertraglich nach einem ähnlichen Modell vereinbart. Besondere Verbreitung findet diese Variante zur Zeit darüber hinaus bei Vereinbarungen zwischen Krankenkassen und ambulanten OP-Zentren sowie mit Belegkrankenhäusern in Schleswig-Holstein. Krankenkassen reagieren zur Zeit sehr unterschiedlich auf derartige Vertragsangebote: Einige befürchten verdeckte Fallzahlsteigerungen durch entsprechende Mengenanreize (bezogen auf die Gesamtzahl der Versicherten), andere wiederum zeigen sich recht interessiert an derartigen Vertragsabschlüssen. Für Krankenhäuser kann insbesondere dann ein Vorteil daraus entstehen, wenn die Fallsteuerung zum eigenen Haus beherrschbar ist, die Fallzahlsteigerungen bei gleichem oder kaum vermehrtem Personalansatz möglich sind und wenn die nachgelagerten Dienstleister, etwa Rehakliniken, die Preisdegression zum großen Teil übernehmen.

Für Krankenhäuser ist eine solche Lösung besonders interessant, wenn sich mit dem Vertrag eine Möglichkeit ergibt, Leistungen über das vereinbarte Budget hinaus zu erbringen (und vergütet zu erhalten). Auch im Bereich der demnächst nicht mehr als stationäre Leistungen akzeptierten OP-Indikationen kann eine Komplexpauschal-Lösung auf der Basis eines § 140a Vertrages für Krankenhäuser interessant sein (ambulante Operationen mit Gewährleistungen, Qualitätssicherung etc.).

Nicht unproblematisch ist der Aufwand für die Vertragsentwicklung, da für die Preisgestaltung sehr genau überlegt werden muss, welche Sonderfälle insbesondere für die Gewährleistung in Betracht kommen (und z.T. im Vertrag ausgeschlossen werden müssen, z.B. Nicht-Compliance der Versicherten, Untersuchungstermine zum frühzeitigen Ausschluss von Revisionseingriffen etc.).

## **Checkliste und Fragen zur Integrierten Versorgung**

Wieso ist das Modell Integrierte Versorgung für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Kliniken (Pflege/ Ärzte/ Verwaltung) interessant?

ASPEKTE, DIE BEI EINER BEWERTUNG DER CHANCEN EINER INTEGRIERTEN VERSORGUNG IN IHREM KRANKENHAUS VORAB BEDACHT WERDEN SOLLTEN

- Wie gut sind Ihre internen Kooperationserfahrungen – sowohl innerhalb der ärztlichen Disziplinen unseres Hauses, wie aber auch zwischen Pflege, Verwaltung, Ärzteschaft, Apotheke und Geschäftsführung?

Je besser und intensiver die Kooperationserfahrungen sind (z.B. interdisziplinäre Erfahrungen an der Behandlung des diabetischen Fußes, des unklaren Bauches etc.) und umso unkomplizierter und vertrauensvoller der Austausch zwischen den Berufsgruppen gelingt, umso einfacher wird es sein und umso weniger externes Investment wird erforderlich, einen Vertrag erfolgreich zu entwickeln und umzusetzen.

- Haben Sie Kollegen bei sich in der Klinik, die sich in jüngerer Zeit mit Krankenhausmanagementfragen, Vernetzungsfragen, Sozialepidemiologie und Gesundheitssystemanalyse sowie Medical Controlling und Managed Care intensiver beschäftigt haben?

Falls ja, macht es Sinn, relativ schnell bzgl. der weiteren Fragen in einen strukturierten kreativen Diskussionsprozess mit dem Krankenhausträger und der Geschäftsführung einzusteigen.

Falls nein, könnte es empfehlenswert sein, recht schnell anzuregen, Mitarbeiter in speziell auf das Thema Integrierte Versorgung zugeschnittene Weiterbildungskurse zu entsenden.

Situation	Dringlichkeit / Anreiz des Aufbaus eines Int. Systems	Auswirkung für den Aufbau eines Int. Systems	Empfehlung	Chancen für Mitarbeiter
Ihr Krankenhaus ist mit starken Wettbewerbern konfrontiert	+++	erschwerend	Variante mit Übernahme der vollen Budgetverantwortung oder Komplexpauschalen  Bei Komplexpauschalen: Für stärkste Abteilung zuerst nachdenken	Erhalt der Arbeitsplätze durch Wettbewerbsvorteil durch IV
Ihr Krankenhaus ist das attraktivste Haus vor Ort	(+)	unterstützend	Beide Varianten geeignet  Oder: Bewusst zunächst keinen IV-Vertrag eingehen. Aber: Gefahr, dass Wettbewerber zuvor kommen	Sicherung der Arbeitsplätze;  U.U. Bedarf für Neueinstellungen
Ihr Haus hat Leistungs- und Kapazitätsreserven	+++	unterstützend	Beide Varianten denkbar	Ausschöpfen der Kapazitätsreserven; Sicherung der Arbeitsplätze
Ärztetnetze haben sich in Ihrer Umgebung schon gebildet	+++	evtl. erschwerend	Beide Varianten denkbar	Sicherung der Arbeitsplätze
Ihr Haus steht im Konflikt mit Krankenkassen	+++	eher erschwerend	Beide Varianten denkbar	Neue Ansätze im Umgang mit Kassen; Sicherung der Arbeitsplätze
In Ihrem Haus sprechen Ärzteschaft, Apotheke, Pflege, Verwaltung und Geschäftsführung gut miteinander	++	unterstützend	Beide Varianten denkbar	Nutzbarmachung der funktionierenden Struktur zum Erhalt der Arbeitsplätze und u.U. zur Schaffung neuer;  IV als gemeinsames Projekt mit hohem Identifikationsgrad aller Beteiligten
Sie haben noch keine Erfahrungen mit einer Kooperation mit Niedergelassenen	++	erschwerend	Stufenweise starten, zunächst Einweiserbefragung auf Verbesserungsoptionen	Sicherung der Arbeitsplätze
Sie kennen eine Krankenkasse (oder eine Gruppe von Kassen), die vor Ort einen Marktanteil von mindestens 20% der Versicherten haben	+++	unterstützend	Vollverantwortliche Budgetübernahme	Sicherung der Arbeitsplätze; u.U. Schaffung neuer

Situation	Dringlichkeit / Anreiz des Aufbaus eines Int. Systems	Auswirkung für den Aufbau eines Int. Systems	Empfehlung	Chancen für Mitarbeiter
Ärzeschaft, Pflegepersonal, Verwaltungsangestellte sowie Geschäftsführung und Träger Ihres Hauses haben die konkreten Formen von Managed Care schon einmal studiert	+	unterstützend	Gute Ausgangsbasis für beide Varianten	Bestehendes Know- How der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter kann genutzt werden; die Zufriedenheit steigt; alle tragen zum Erhalt und zur Schaffung von Arbeitsplätzen bei

KONKRETE AUSWIRKUNGEN FÜR DIE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER UND FÜR DIE BETRIEBSRÄTE

- 1) Erhaltung der Arbeitsplätze
  - a) Ein Krankenhaus, das demnächst auf die Abschussliste der Krankenkassen kommen könnte, könnte sich durch den Aufbau eines integrierten Systems schützen.
  - b) Die Leistungsverluste des Krankenhauses im Zusammenhang mit der zunehmenden Ambulantisierung von Leistungen können u.U. ausgeglichen werden
  - c) Das vertragsschließende Krankenhaus kann durch gezielte Steuerung des Patientenflusses seine Leistungen vermehren
- 2) Ausdehnung des Versorgungsangebots des Krankenhauses in den ambulanten Bereich
- 3) Optimierte Versorgungsmöglichkeit für die Patienten
- 4) (Teilweise) Befreiung von den starren Regelungen im Bereich der DRG-Finanzierung und der Ermächtigungen der Kassenärztlichen Vereinigungen
- 5) Vertrauensvollere Zusammenarbeit zwischen Krankenhaus-, Praxis- und Krankenkassenmitarbeiterinnen und -mitarbeiter (je nach dem gewählten Modell evtl. Verringerung von Fallmanagement- und MDK-Kontrollaufgaben bei den Krankenkassen)
- 6) Qualifizierung und Ausdehnung von verantwortlichen Tätigkeiten für Pflegepersonal und Ärzteschaft und Verwaltung

KONKRETE FRAGEN, DIE MITARBEITERINNEN UND MITARBEITER IM KRANKENHAUS BEZÜGLICH DES THEMAS INTEGRIERTE VERSORGUNG BESCHÄFTIGEN KÖNNTEN

1. Erleben Sie Ihre tägliche Arbeit im Krankenhaus als zu stark isoliert von anderen Teilen der Patientenversorgung innerhalb und außerhalb der Klinik? Können Sie sich vorstellen, innerhalb der Integrierten Versorgung enger mit anderen Versorgungsebenen und Teilen zusammenzuarbeiten?
  - Integrierte Versorgung zielt zentral darauf ab, die einzelnen Versorgungsebenen miteinander zu verzahnen. Dabei geht es nicht nur um die bessere Koordination inner-

halb eines Krankenhauses, sondern insbesondere auch um eine Verzahnung mit externen Leistungserbringern, wie z.B. niedergelassene Ärztinnen und Ärzte, Physiotherapeutinnen, Physiotherapeuten oder Apotheken.

---

---

---

---

---

2. Wie müsste eine solche Zusammenarbeit konkret ausgestaltet sein?

- (Krankenhausinformationssysteme, Clinical Pathways, Qualitätszirkel, etc.)

---

---

---

---

---

3. Können Sie sich vorstellen innerhalb der Integrierten Versorgung auch in einem neuen Arbeitsbereich Verantwortung zu übernehmen?

- Diese Möglichkeit könnte sich innerhalb der Integrierten Versorgung ergeben. DRG bedingter Abbau von Krankenhausbetten (und Pflegepersonal) wird innerhalb der Integrierten Versorgung durch die Verschiebung von Personal in mehr präventionsorientierte Leistungsbereiche kompensiert.

---

---

---

---

---

4. Sehen Sie innerhalb einer Struktur der Integrierten Versorgung persönliche Weiterbildungsmöglichkeiten und Chancen?

- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Integrierten Versorgung erwarten neue Herausforderungen. Diesen können sie mit entsprechender Aus- und Weiterbildung erfolgreich begegnen.

---

---

---

---

---

## Information über HGC:

### Über die Firma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH

*Firma Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH* Die Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH ist eine Unternehmensberatung, die seit 10 Jahren speziell im Sozial- und Gesundheitswesen (Schwerpunkt Strategie- und Organisationsberatung) tätig ist.

Sie umfasst aktuell acht Berater (Medizin, Betriebs- und Volkswirtschaft, Pharmazie, Pflege) sowie ein Kompetenznetzwerk von weiteren zwanzig Experten für die Bereiche auf Organisations- und Wirtschaftlichkeitsuntersuchungen sowie Versorgungsmanagement im Sozial- und Gesundheitsbereich (z.B. Disease Management, Risikokalkulationen, Reha-Management, Workflow-Analysen, Pflege-, Niedergelassenen-, Physiotherapieberatung).

*Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH und Integrierte Versorgung*

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH ist zur Zeit in Deutschland die Beratungsgesellschaft, die als einzige einen vollumfänglichen Vertrag zur Integrierten Versorgung ausgearbeitet und abgeschlossen hat sowie durch die Verhandlungsführung in den letzten drei Jahren mit allen Krankenkassenverbänden auf fertig ausgearbeitete Vertragskonzepte und ein entsprechendes Vertrauen in der Sachkompetenz zurückgreifen kann.

*Individuelle Betreuung*

Unsere Klienten werden von uns individuell betreut. Jedes Unternehmen erhält ein auf die jeweils spezifischen Erfordernisse zugeschnittenes Projekt-Angebot und die entsprechende Begleitung. Vertrauensvolle Zusammenarbeit, klare Absprachen und termingerechtes Arbeiten sind für uns Grundvoraussetzung unseres beruflichen Handelns.

*Weitere Referenzen => Website*

Aktuelle Informationen und eine umfangreiche Referenz- und Veröffentlichungsliste sind in unserer Homepage im Worldwideweb einzusehen: <http://www.gesundheitsconsult.de>

*Unsere Schwerpunkte der Beratung von Krankenhäusern*

- Entwicklung und Begleitung von Integrierten Versorgungsverträgen sowie Kooperationsvereinbarungen im Gesundheitswesen (zwischen ambulant und stationär, zwischen Krankenkassen und Anbietern etc.) - aus der Perspektive der Krankenhäuser
- Organisationsentwicklung zur Begleitung der Veränderungs- und Entwicklungsprozesse in Krankenhäusern
- Medizinische Leistungsplanung und Differenzierung von medizinischen Angeboten
- Projektmanagement und Realisierungscontrolling
- Insourcing / Outsourcing
- Beratung der Reorganisation von Arbeitsabläufen und Teilbereichen im Krankenhaus, OP-Organisationsuntersuchungen, Laboruntersuchungen, Optimierung von diagnostischen und therapeutischen Prozessen, Workflowstudien
- Mitarbeiterbefragungen, Patientenbefragungen mit em eigens geschaffenen und validierten Instrument „Patienten-Monitor“, Einweiserbefragungen und qualitative Interviews

Kontakt:

Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH, Borsteler Chaussee 53, 22453 Hamburg

Tel.: 040 / 514855-0 Fax: 040 / 514855-14

e-mail: [hgc@gesundheitsconsult.de](mailto:hgc@gesundheitsconsult.de)

Weiterführende Informationen zu den ausgearbeiteten Vertragsmodellen mit dem VdAK und mit den vier Primärkassen (Niedersachsen): Siehe Homepage [www.gesundheitsconsult.de/Aktuel.htm](http://www.gesundheitsconsult.de/Aktuel.htm)

Für Fragen in Bezug zu dem Aufbau Integrierter Systeme haben die Autoren eine eigene unentgeltlich nutzbare E-Mail-Hotline eingerichtet: [iv-hotline@gesundheitsconsult.de](mailto:iv-hotline@gesundheitsconsult.de)

## Veröffentlichungen:

- Hildebrandt, H., Hanke, G. S., Zühlke, Ch.: "Das ländliche Krankenhaus stirbt - es lebe das ländliche Krankenhaus! Erhaltung der Gesundheitsversorgung in der Fläche durch Integrierte Versorgung (Manuskript)", 2003
- Hildebrandt, H., Hesselmann, H.: "Integrierte Versorgung - die Politik macht Ernst, und die Krankenhäuser müssen rasch handeln", in: f&w - führen und wirtschaften im Krankenhaus, [Nr. 5 September/Oktober 2003], Bibliomed, Melsungen, 2003
- Hildebrandt, H.: "Integrierte Versorgung - Wie kann sie aussehen und welche Veränderungen entwickeln sich für die Krankenhaussozialarbeit?", in: Krankenhaussozialarbeit "Forum" 3/2003, Dt. Vereinigung für den Sozialdienst im Krankenhaus e. V., Mainz, 2003
- Hildebrandt, H.: "Privatisierung von Krankenhäusern - Krankenhäuser müssen sich zusammenschließen", in: FINANCE, [April 2003], Financial Gates GmbH, Frankfurt am Main, 2003 Seite 14
- Hildebrandt, H.: Integrierte Versorgung: Und sie bewegt sich doch... Ein Vertrag nach § 140 SGB V. In: Eissing, Uwe; Noelle, Guido; Kuhr, Norbert (Hrsg.): "Mednet – Arbeitsbuch für Integrierte Gesundheitsversorgung", [Mednet Arbeitsbuch 2002/3], Edition Temmen, Bremen, 2002
- Hesselmann, H.: "Integrierte Versorgung unter Einbeziehung von gemeinnützigen Krankenhäusern - ausgewählte steuerliche Fragen", in: Recht und Politik im Gesundheitswesen, [8:4 (2002)], pmi-Verlag AG, Holzheim, 2002
- Ballast, T., Brunner, M., Jann, A., Hildebrandt, H., Messerschmidt, N., Praetsch, O., "Integrierte Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel - Pilotprojekt zur Integrierten Versorgung gemäß § 140 b SGB V", in: Das Krankenhaus als Anbieter von Leistungen in der Integrierten Versorgung nach § 140 a bis h SGB V - Materialiensammlung -, 2. geänderte Auflage,
- Deutsche Krankenhausverlagsgesellschaft mbH, Düsseldorf, 2002 Hildebrandt, H. (Hrsg.: Burk, R.; Hellmann, W.), "Ökonomie des Gesundheitswesens - Grundüberlegungen, Vorzüge und Nutzen", in: Krankenhaus-Management für Ärztinnen und Ärzte, ecomed Verlagsgesellschaft AG & Co. KG, Landsberg, 2001
- Rippmann, K. (Hrsg. Burk und Hellmann): "Kommunikation mit externen und internen Partnern", in: Krankenhausmanagement für Ärztinnen und Ärzte, Ecomed Verlag, Landsberg, 2001
- Hildebrandt, H. (Hrsg. Preuss u. a.), "Die Evaluation Integrierter Versorgung und ihr wirtschaftliches Umfeld", in: Managed Care - Evaluation und Performance-Measurement Integrierter Versorgungsmodelle - Stand der Entwicklung in der EU, der Schweiz und den USA, Schattauer GmbH, Stuttgart, 2001
- Hildebrandt, H., "Integrierte Versorgung am Beispiel Lüchow-Dannenberg", in: Infodienst Krankenhäuser, [Nr. 13/10/2001], ver.di, Hannover, 2001
- Hildebrandt, H.; Rippmann, K.; Michel, M., "Gesundheitsförderung und Integrierte Versorgung nach § 140 SGB V: Beispielrechnung zum wirtschaftlichen und ethischen Einsatz der Gesundheitsförderung", in: 6. Nationale Konferenz des Deutschen Netzes Gesundheitsfördernder Krankenhäuser gem. e.V. vom 26. bis 28. September 2001 in Quedlinburg/ Halberstadt, Verlag für Gesundheitsförderung, Gamburg, 2001
- Hildebrandt, H.; Rippmann, K.; Weilandt, B., "Krankenhäuser und Integrierte Versorgung - Ein Sanierungsmodell für Krankenhäuser?", in: MEDNET - Arbeitsbuch für Integrierte Gesundheitsversorgung, Edition Temmen, Bremen, 2001
- Hildebrandt, H. (Hrsg.: Möller, P.-A.): "Honorierungsmodelle und ihr systemischer Einfluss auf die Information bzw. Desinformation des Verbrauchers: Die Einführung von Elementen des Managed Care mit dem § 140 SGB V (Integrierte Versorgung) und die Umkehr der finanziellen Vergütungen in der Gesundheitsversorgung - Überlegungen für eine Ethik der Integrierten Versorgung", in: Verantwortung und Ökonomie in der Heilkunde, [Medizinische Ethik im 21. Jahrhundert; Band 1], Peter Lang, Frankfurt am Main, 2000
- Rippmann, K. (Hrsg.: Möller, P.-A.): "Der informierte Verbraucher: Die strukturelle Bedeutung von Verbraucher- und Patientensouveränität in Beziehung zu Ethik und aktuellen Möglichkeiten der Optimierung in Verbindung mit der Gesundheitsreform 2000", in: Verantwortung und Ökonomie in der Heilkunde, [Medizinische Ethik im 21. Jahrhundert; Band 1], Peter Lang, Frankfurt am Main, 2000
- Hildebrandt, H., "Noch Fragen? - Integrierte Versorgung", in: medical economics, [Nr. 5, Oktober 2000, Jahrgang 2], Verlag medical economics, Leipzig, 2000

Hildebrandt, H., Rippmann, K., Seipel, P., "Integrierte Versorgung: So führt sie zum Erfolg - Wer seine Wettbewerbsposition nicht prüft, gerät rasch in Gefahr ", in: f & w, führen und wirtschaften im Krankenhaus, [4/2000], Bibliomed, Melsungen, 2000

Hildebrandt, H., Hesselmann, H., "Patientenrechte und Partizipation. Wahl- und Abwahl- Seite 15 Möglichkeiten der Patienten und Versicherten im Zusammenhang mit Integrierten Versorgungsformen. Neue Optionen für Patienten, Krankenkassen und Integrierte Anbietersysteme", in: Sozialer Fortschritt, Jahrgang 49/2000/Heft 6, Juni, Duncker und Humblot, Berlin, 2000

Hildebrandt, H., Rippmann, K., Seipel, P., "Revolutioniert die Integrierte Versorgung das Gesundheitssystem?" in: führen & wirtschaften im Krankenhaus, 2/2000, Bibliomed Verlag, Melsungen, 2000

Hildebrandt, H., Hesselmann, H., Martini, O., Rippmann, K., Seipel, P., "Integrierte Versorgung - bald die Regel? Chancen, die im Gesetz stecken, nutzen", in: Krankenhaus Umschau 1/2000, Baumann Fachverlag, Kulmbach, 2000

Hildebrandt, H.: "'Steuerung: komplex und notwendig' - Kommentar zu 'Personal- Controlling als Steuerungsinstrument für Managed Care' (Guido Offermanns, Bernhard Güntert), Managed Care 1/2000", in: Managed Care 2/2000, MCCM Rosenfluh Publikationen, Neuhausen, 2000

## Schritte der praktischen Umsetzung zur integrierten Versorgung im Krankenhaus

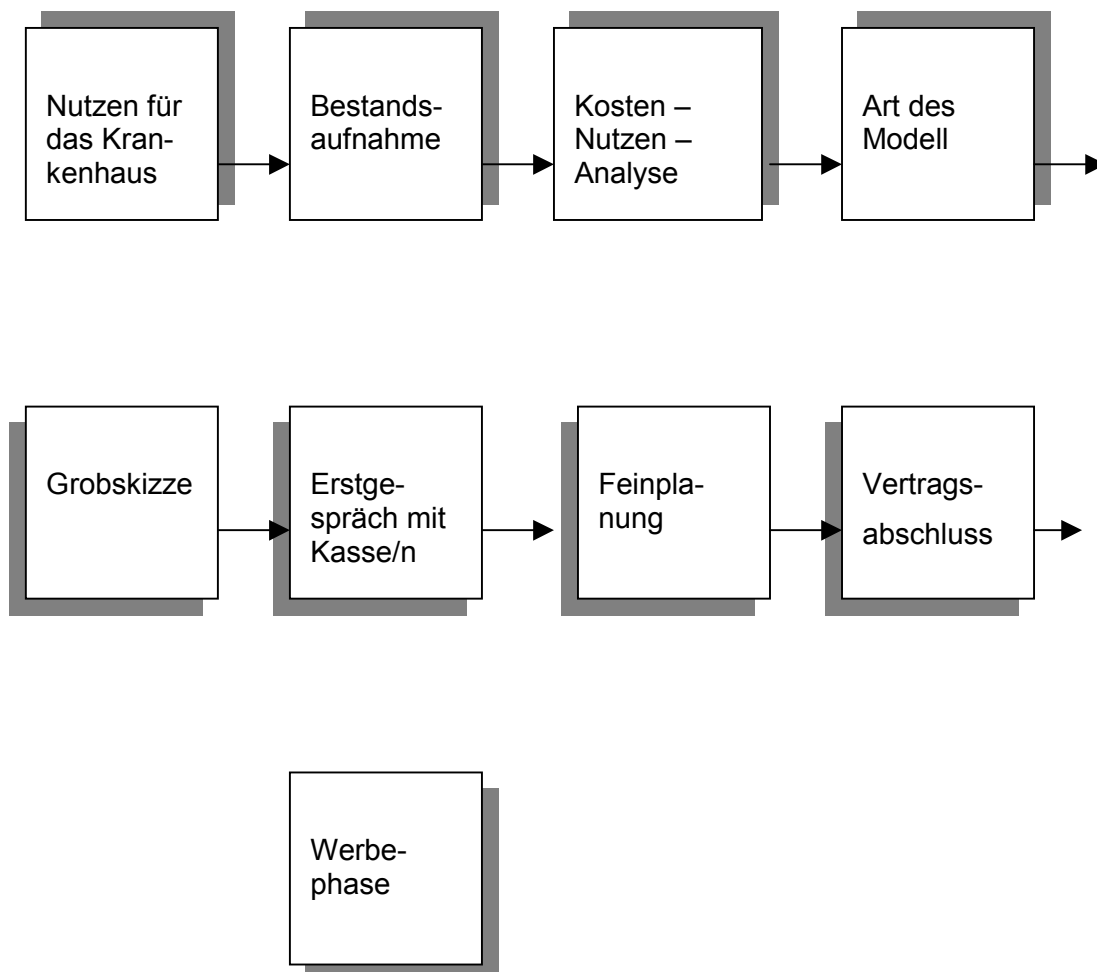
Heinrich Reken, ver.di - Bildungsinstitut im Gesundheitswesen, Duisburg und

Achim Momm, BAB GmbH, Bremen (erarbeitet mit den Teilnehmern des Seminars)

Vor dem Hintergrund der 1%-igen Kürzung der Gesamtvergütung, die mit Inkrafttreten des GMG am 1. Januar 2004 für die Krankenhäuser Realität wird, ist jedes Krankenhaus ab sofort gefordert seine Chancen und Risiken einer Beteiligung an sektorübergreifenden Versorgungsmodellen zu prüfen und ist gut beraten sich auf Abschluss eines Vertrages zur integrierten Versorgung vorzubereiten.

Dabei bedürfen die Überlegungen zur Einführung eines Systems der Integrierten Versorgung in einer Klinik einer prozesshaften Analyse der einzelnen Entscheidungsschritte, um zu klären welche Vorgehensweise unter den jeweiligen spezifischen Bedingungen einen maximalen Nutzen für die Klinik erbringen kann. Darüber hinaus ist die Frage zu beantworten, ob als Einstieg in eine integrierte Versorgung Komplexpauschalen (Light-Variante) gewählt werden oder eine regionale Budgetverantwortung (Full-size-Variante) übernommen werden soll.

Es können folgende Arbeitsschritte exemplarisch zugrunde gelegt werden.



Grundsätzlich ermöglicht das GMG neue Versorgungsformen und die Öffnung der Krankenhäuser für die ambulante Versorgung durch:

- Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums - §95 SGB V
- Ambulante Versorgung bei Unterversorgung im vertragsärztlichen Bereich - §116a SGB V
- Ambulante Versorgung durch Disease Management Programme (DMP) - §116b SGB V
- Ambulante Erbringung hochspezialisierter Leistung und seltenen Erkrankungen oder Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen – §116b SGB V
- Integrierte Versorgung - §§140a ff. SGB V

#### MÖGLICHER NUTZEN FÜR DAS KRANKENHAUS

Der Einstieg in eine integrierte Versorgungsstruktur ist für einen Krankenhausträger kurz-, mittel- oder auch langfristig nur dann sinnvoll, wenn ein entsprechender Nutzen dabei erzielt wird. Der Nutzen kann auf unterschiedlichen Ebenen liegen:

- Erzielen DRG - unabhängiger Erlöse
- Schaffung von Netzwerken mit niedergelassenen Ärzten
- Instrument der Kundenbindung
- Marketinginstrument
- Förderung des Image
- Sicherung der Arbeitsplätze

#### BESTANDSAUFNAHME

Eine Bestandsaufnahme der eigenen Möglichkeiten der Klinik ist notwendig, um die Folgen der Umsatzeinbuße bei 1% Rechnungsabzug auf alle Leistungen zu berechnen und um die angestrebten neuen Strukturen auf den vorhandenen Möglichkeiten des Krankenhausträgers aufzubauen bzw. um fehlende notwendige Leistungsspektren zu definieren.

- Medizinisches Leistungsgeschehen
- Eigene Spezialitäten
- Anzahl und Art der Fälle, Patientenströme
- Ressourcen: Finanzen, Sachmittel, Personal, Know-How...

Aufgrund der Bestandsaufnahme ist zu analysieren und festzulegen welche Zielgruppen (Versicherte bzw. Kooperationspartner) zu den bisher vorhandenen Leistungsspektren passen.

## KOSTEN – NUTZEN – ANALYSE

Im Rahmen des Marketing ist zu klären, welche Position das Haus gegenüber Mitbewerbern auf dem Versorgungsmarkt einnimmt und wie der betriebswirtschaftliche Nutzen sich bestimmt. Eine Kosten – Nutzen –Analyse umfasst

- Informationen über Wettbewerber
- Marktanalyse
- DRG - Auswertung
- Kosten etc.

## ART DES MODELLS

Aufgrund der Abwägung lassen sich Chancen und Risiken abschätzen und ein passendes Modell der integrierten Versorgung auswählen. Es gilt eine Strategie zu entwickeln und zu klären, ob eine „Light Variante“ oder ein Vertrag zur integrierten Versorgung gemäß der „Full-size Variante“ für die Klinik geeignet ist/erscheint. Experten gehen davon aus, dass eine „Full size-Variante“ erst ab einem Minimum von 10.000 Versicherten ökonomisch sinnvoll ist.

- “Full-size-Variante”
- Komplexpauschale (“Light Variante”)
- Disease Management Programm

Neben der Frage nach der geeigneten Strategie bzw. Variante muss geklärt werden, ob die konkrete Umsetzung hausintern mit eigenen Managementressourcen erfolgen soll oder ob diese in Kooperation mit externen Partnern (z.B. Berater, Investor...) erfolgen soll.

## GROBSKIZZE

Zu diesem Zeitpunkt ist eine Grobplanung möglich, da das notwendige Datenmaterial für eine Feinplanung noch nicht vorliegt, die dem Einstieg in Verhandlungen mit den Kostenträgern dienen soll.

- Welches ist das Angebot (Art und Umfang)
- Wer sind Vertragspartner
- Potenzielle Kooperationspartner
- Kontakte zu niedergelassenen Ärzten/Ärztetzwerke

## ERSTGESPRÄCH MIT KRANKENKASSEN

Die Kontaktaufnahme mit gesetzlichen Krankenkassen vor Ort (meist AOK und / oder VdAK, aber auch lokale Besonderheiten beachten) soll das Interesse an einer Zusammenarbeit und das zur Verfügung stehende Finanzvolumen, das von der Krankenversicherung zur Verfügung gestellt werden kann, klären.

- Bereitschaft klären
- Volumen klären: quantitativ/qualitativ

## FEINPLANUNG

Auf dem von den Krankenkassen erhaltenen Zahlenmaterial (Versichertenanzahl, epidemiologische Daten, Finanzbudget etc.) lässt sich eine Feinplanung aufbauen:

- Leistungsbeschreibung
- Geplante Behandlungsabläufe
- Aufgabenteilung: Krankenhaus, Kooperationspartner
- Finanzplan erstellen
- Investitionskosten klären
- Wirtschaftlichkeit berechnen
- Qualitätssicherung und Controlling
- Vertragsentwürfe: Kasse(n), Kooperationspartner

## VERTRAGSABSCHLUSS

Es folgt die Führung der Verhandlungen und der Vertragsabschluss

- Ziel muss es sein den Vertrag noch in 2004 zu vereinbaren
- Anzupeilender Starttermin: 1. Januar 2005 / besser noch 2004

## WERBEPHASE

Da die Teilnahme der Versicherten an einem Modell der integrierten Versorgung auf freiwilliger Basis beruht, ist es notwendig, den Adressatenkreis von der besseren qualitativen Versorgung im Rahmen des Projektes zu überzeugen, um so möglichst viele Kunden zu gewinnen. Hierfür ist ein Werbe- und Marketingkonzept erforderlich.

- Informationsveranstaltung
- Faltblätter mit Kooperationspartnern
- Regionale Presse
- Internet

## MÖGLICHE HÜRDEN, ÜBER DIE MAN SICH IM PROZESS DER ENTSCHEIDUNG BEWUSST SEIN MUSS

- Widerstände der Chefärzte gegen Standards, vorgegebene Behandlungsabläufe etc.
- Generelle Angst und Bedenken gegenüber Veränderungen bei allen beteiligten
- Verarmungsängste und Widerstand der niedergelassenen Ärzte
- Gewinnung von Kooperationspartnern: niedergelassene Ärzte, ambulante Pflegedienste, Pflegeheime, Reha-Einrichtungen etc.

#### AUFGABEN UND ROLLE VON INTERESSENVERTRETUNGEN:

Entscheidet sich das Krankenhaus zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung, so können auf die betriebliche Interessensvertretung die unterschiedlichsten Aufgaben zukommen. Einige seien an dieser Stelle exemplarisch dargestellt.

##### *Aufgaben von Betriebs- und Personalräten:*

- Regelmäßige Information über den Stand des laufenden Verfahrens
- Darstellung des Nutzen für die Beschäftigten
- Beteiligung von PR/BR und ver.di an Entwicklung und Steuerung des Prozesses
- Unterstützende Funktion von ver.di
  - Regionalen Verankerung
  - Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen
  - Positive Beförderung
- Kontrollfunktion
  - Zielerreichung
  - Qualität
- Als Initiatoren des Prozesses
  - Regionale Verankerung
  - Selbstverwaltungsgremien der Krankenkassen
  - Positive Beförderung

Letztendlich liegt es an der Interessenvertretung selbst zu entscheiden ob, und inwieweit sich das Gremium an einem solchen Prozess beteiligen möchte. Örtliche Bedingungen und Betriebskultur spielen dabei eine Rolle. Auch die Gewerkschaft ist angesprochen. Sie kann gestaltend Einfluss auf politische und sozialpolitische Rahmenbedingungen nehmen und den Dialog zwischen Krankenhäusern und Kassen fördern.

Für die Teilnahme an der Integrierten Versorgung gibt es, wie dargestellt, gute Gründe. Sie ermöglicht es den Krankenhäusern der Budgetkürzung entgegenzuwirken und ihre regionale Verankerung zu stärken. Dies trägt letztendlich zu einer Verstärkung ihrer ökonomischen Basis und damit zur Sicherung und zum Erhalt der Arbeitsplätze bei.

## Anhang:

Folien zum Vortrag von Helmut Hildebrandt

Folie 1

# Integrierte Versorgung:

## Bedrohung und Chance für Krankenhäuser - Ansatzpunkte zur Entwicklung von Modellen, Beispiele aus der Praxis

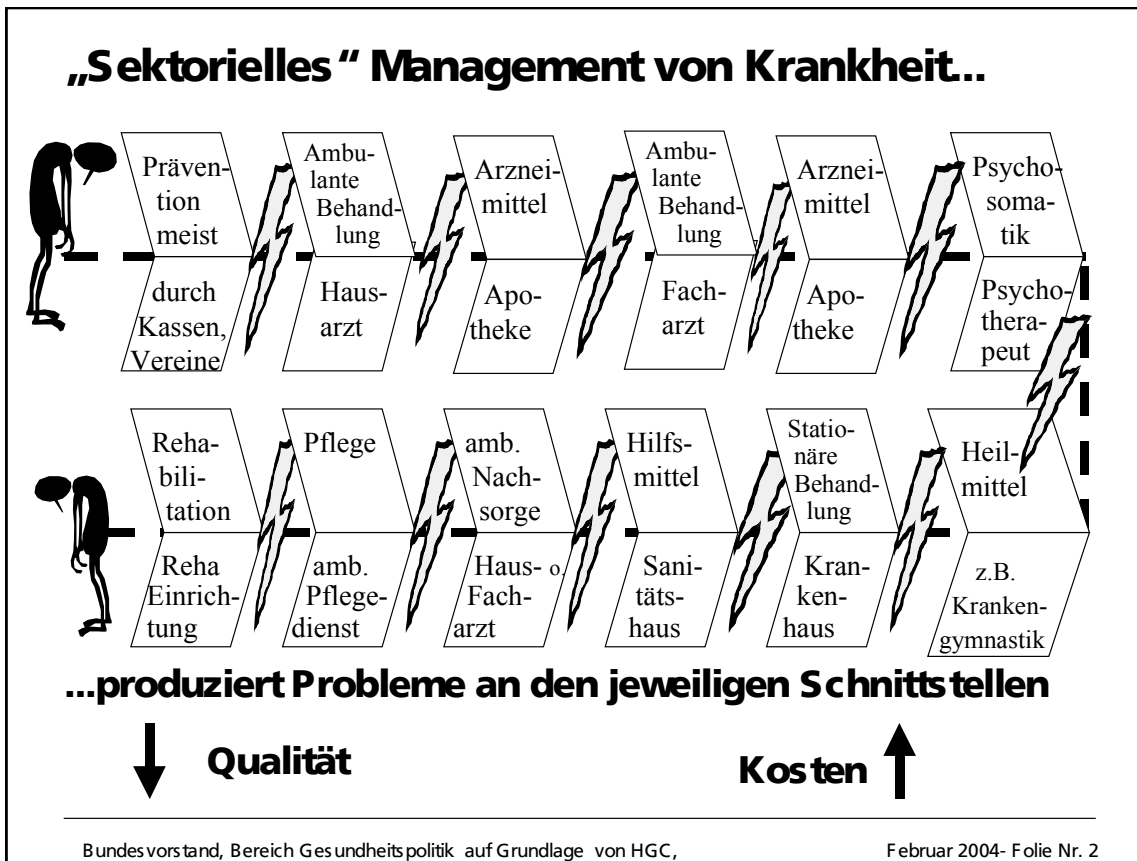
ver.di „Integrierte Versorgung - jetzt“, Walsrode 2.12.03

Die Folien basieren auf einer Präsentation von Helmut Hildebrandt, Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH (HGC) anlässlich einer Bildungsveranstaltung des Bereichs Gesundheitspolitik beim ver.di Bundesvorstand. Die folgende Auswahl wurde von ver.di für diese Veröffentlichung bearbeitet.

**Die Folien können in ver.di mit Quellenangabe eingesetzt werden.**

Herbert Weisbrod-Frey

Folie 2



Folie 3

## Medizinisches Ziel von Integrierter Versorgung:

### Optimierung der Behandlungskette

- Steuerung und Management von Krankheitskarrieren über die Sektorengrenzen hinweg: Prävention vermeidbarer negativer Verläufe
- Nutzung aller Optionen: Selbsthilfe.... Prävention.... Gesundheitsförderung.... Ambulant vor stationär.... Mobilisation....
- Belohnung der „guten“ Medizin: „Gut“ im Sinne von geringer Invasivität, „richtige Medizin am richtigen Ort“

präventiv ambulant stationär Rehabilitation ambulante Pflege

Bundesvorstand, Bereich Gesundheitspolitik auf Grundlage von HGC, Februar 2004- Folie Nr. 1

Folie 4

## Sechs parallele Optionen für „Integration“

- ...“wir reden miteinander“..., d.h. informationelle Integration aber ohne ökonomische Integration
- Einrichtung eines Fachärzteshauses am Krankenhaus
- Kooperationsverbund von Krankenhaus und Niedergelassenen - „Klinikallianz“
- Sektorenübergreifende Gewährleistungsverträge mit Garantien und Mengen - Preis - Absprachen (neu § 140a SGB V)
- Aufbau eines integrierten Systems, d.h. Integration sowohl auf der ökonomischen, wie auch der informationellen Seite und Übernahme von Budgetverantwortung über die Sektorengrenzen hinweg (neu § 140a SGB V)
- Integration durch Eigenlösung, d.h. Gründung einer Teilklinik durch Niedergelassene oder Ausdehnung der Produktpalette des Krankenhauses in die ambulante Versorgung ( neu §§ 95 und 116a SGB V)

Folie 5

## Definition Integrierte Versorgung

§ 140a - d SGB V Neufassung ab 1. Januar 2004

- Versorgungs- und Vergütungsform, die mindestens zwei Sektoren der Versorgung in der Form eines Einzelvertrags nach § 140b SGB V miteinander verknüpft.
- Medizinisch besteht sie aus der Überwindung der bisherigen Schnittstellenprobleme und einer höheren Effizienz der Versorgung.
- Ökonomisch kann Integrierte Versorgung da entstehen, wo „win-win-Lösungen“ zwischen Krankenkassen und Leistungsanbietern gegenüber der heutigen Regelversorgung geschaffen werden können.
- Die Vertragsgestaltung und der Ort der Leistungserbringung unterliegt nur geringen Begrenzungen. Die Zulassungsregelungen sind weitgehend aufgehoben. Fester Bestandteil: Übernahme von (mindestens Teil-) Budgetverantwortung.
- Die Beteiligung der Versicherten ist freiwillig (Einschreibung)

Folie 6

## Herausforderungen und Chancen - 1

- **Bis zu 1% Abzug auf alle Krankenhausrechnungen bei gleicher Leistung! Ergebnis:**
  - Ca. 460 Mio. Erlösabzüge allein aus dem Krankenhausbereich.
  - Nur mit einem Vertrag zur Integrierten Versorgung (IV) kann der Ertragsverlust kompensiert (oder sogar deutlich überkompensiert) werden.
- **Wegfall der bisherigen Rahmenvereinbarungen und keine Budgetbereinigung mehr vorgegeben. Ergebnis:**
  - Vereinfachung.
- **Neueinführung von Managementgesellschaften als mögliche Vertragspartner für Krankenkassen im Rahmen der Integrierten Versorgung. Ergebnis:**
  - Zahl der möglichen Wettbewerber um IV - Verträge steigt.
  - Möglichkeiten auch für Investoren aus dem Ausland, HMO - Konzepte in Deutschland umzusetzen.

Folie 7

## Herausforderungen und Chancen - 2

- **Aufhebung des Grundsatzes der Beitragsstabilität für Verträge zur IV, die bis zum 31. Dezember 2006 abgeschlossen werden. Ergebnis:**
  - In der internen Diskussion mit den Kassen erleichternd für IV.
  - Krankenkassen können Investitionsfinanzierung vornehmen.
- **Zulassungs-, Ermächtigungs- oder sonstige Berechtigungsstati der beteiligten Leistungserbringer spielen keine Rolle mehr. Ergebnis:**
  - Erleichterung für die Organisation innerhalb der IV.
  - Bessere Nutzungsmöglichkeiten für Diagnostik und Geräte.
  - Freie „Make or Buy“ Entscheidungen
- **Vertragspartner von IV - Verträgen können vereinbaren, dass die Versicherten nur bestimmte Leistungserbringer in Anspruch nehmen können. Ergebnis:**
  - Begrenzt das Risiko der „Free Rider“ in einem IV - System
  - Verbessert die Steuerungsfähigkeit gerade in städtischen Umgebungen.

Kassenärztliche Vereinigungen können nicht mehr Vertragspartner werden. Die Rolle der KV'en wird reduziert. Der Gesetzgeber begründet dies ausführlich (Wettbewerbsrecht / Körperschaft)

Folie 8

## **GKV-Modernisierungsgesetz - GMG**

Weitere Bestimmungen mit Auswirkung auf Integrierte Versorgung:

- Kann-Bestimmung zur Minderung der Zuzahlung der Versicherten § 65a SGB V.
- Medizinische Versorgungszentren § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V.
- Apotheken und Arzneimittelabgabepreise in der Integrierten Versorgung § 129 SGB V.
- weitere Möglichkeiten der ambulanten Behandlung im Krankenhaus §§ 116a und 116b SGB V.

Folie 9

## **Optionen für Krankenhäuser**

- **Der Schnellste gewinnt:**
  - Wer zuerst seinen Vertrag zur IV abgeschlossen hat, kann seine Erlöse aus IV auch weit über das Maß des 1% Abschlags hinaus erhöhen.
  - Wer länger braucht bis er „in die Puschen kommt“, hat den Nachteil.
  - Der dritte, vierte oder fünfte Vertrag (Nachfolgermodelle) wird schon keine Investitionsmittel mehr bekommen.
- **Der 1% Abzug zwingt die Krankenhäuser zur kurzfristigen Reaktion**
- **Mögliche Vorgehensweise auf Trägerseite:**
  - Berechnung der Umsatzeinbuße bei 1% Rechnungsabzug auf alle Leistungen.
  - Vorstudie: Stärken-Schwächen-Analyse IV für die Krankenhäuser oder das Krankenhaus des Trägers mit Ausarbeitung von drei Konzeptvarianten
    - Komplexpauschalen
    - Segmentversorgung
    - Populationsversorgung
  - Entscheidung über die Vorgehensweise



## Modellvarianten entwickelt in Deutschland unter den §§ 140a - h\*

\* Bisherige Regelung, gültig vom 1.1.2000 bis 31.12.2002

- **Indikationsbezogene, interdisziplinär-fachübergreifende Integrierte Versorgung in der Form von Komplexpauschalen**
  - mit Gewährleistungen
  - mit Qualitätsdefinitionen und -garantien
- **Beispiele:**
  - Verträge der AOK in Essen, Wiesbaden zu Hüftendoprothesen und begleitender Rehabilitation
  - Verträge zwischen LBK-Hamburg und DAK oder TK zu sog. „Produktverträgen“ bei Prostataentfernungen
  - Verträge zum kurzzeitchirurgischen Operieren zwischen der KV Schleswig-Holstein und einem Belegkrankenhaus in Lübeck
  - Verträge zum ambulanten Operieren zwischen TK und einer Praxisklinik in S-H

### Managed Care in der Organisation der Versorgung - aber ohne Budgetübergang

Ertrag des Krankenhauses durch Maximierung medizinischer Interventionen

## Integrations tiefe / Indikationsbreite / Budgetverantwortung gering

- **Komplexpauschalen** - ambulant+stationär, stationär+Rehabilitation oder stationär+Pflege

### Wirkung auf die Krankenkassen

- **Positiv:** Einzelverträge offerieren eine Preisschraube nach unten
- **Negativ:** Preisvorteil pro Leistung kann durch Fallzahlvermehrung aufgezehrt werden (Indikationsvermehrung)
- **Risiko:** hoher Aufwand bei Vielzahl von Vertragsentwicklungen

### Wirkung auf die Krankenhäuser:

- **Positiv:** Einzelverträge offerieren Leistungsmengensteigerung mit Verbesserung der Konkurrenzsituation
- **Negativ:** bei Preisverfall oder fehlerhafter Berechnung von Gewährleistungsrückstellungen
- **Risiko:** hoher Aufwand bei Vielzahl von Vertragsentwicklungen

Folie 14

## **Beispiel: Transurethrale Prostatektomie im LBK - Hamburg - 1**

- **Definierter Eingriff**
- **Qualität beschrieben:** medizinisch, 2-Bett-Zimmer, Termine, Abstimmung mit Niedergelassenen, Nachkontrolle, Gewährleistungsbedingungen
- **Vergütung**
  - Erfolgt nach dem AR-DRG-System mit einem Grundpreis in Höhe von € X.xx bis zu einer erbrachten Fallzahl von 80p.a.
  - Wenn Fallzahl >80, dann Reduktion des Grundpreises um 10% für jeden weiteren Fall
  - Wenn Fallzahl >130, dann Reduktion des Grundpreises um weitere 10% für jeden weiteren Fall
  - Überschreitet die Verweildauer des Patienten 18 Tage, erhöht sich der Rechnungsbetrag für jeden weiteren Tag um X.xx €

Folie 15

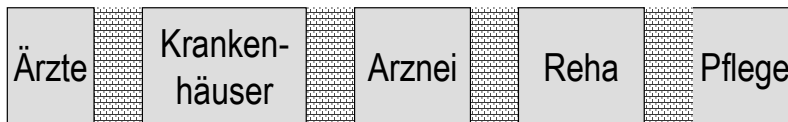
## **Beispiel: Transurethrale Prostatektomie im LBK - Hamburg - 2**

- **Vorteile des LBK**
  - Bessere Kalkulierbarkeit und Planbarkeit
  - Verbesserte Liquiditätsplanung
  - Auslastung vorhandener Ressourcen
  - Zunehmende Spezialisierung (zieht Patienten an)
  - Umsetzung moderner Behandlungssysteme
  - Innovationsvorsprung
  - Imagegewinn
- **Vorteile der Krankenkasse**
  - klar definierte Leistungen
  - Preisrabatte
  - Imagegewinn
- **Gemeinsame Vorteile**
  - Messbare Kriterien der medizinischen Behandlung und der Ablauforganisation
  - Überprüfbare medizinische Qualitätsgarantie

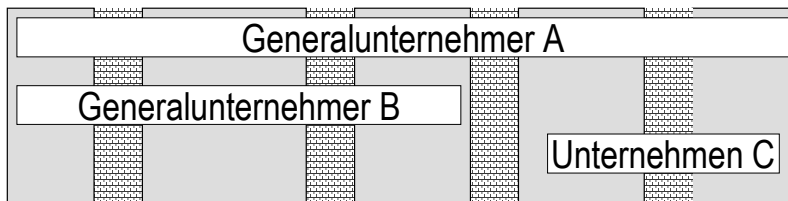
Folie 16

## Die Grundidee von Managed Care

- **Besonderes Merkmal des Gesundheitswesens in Deutschland:**  
ständische Formen, Vielzahl von Sektorengrenzen und Zusatzkosten durch Schnittstellen

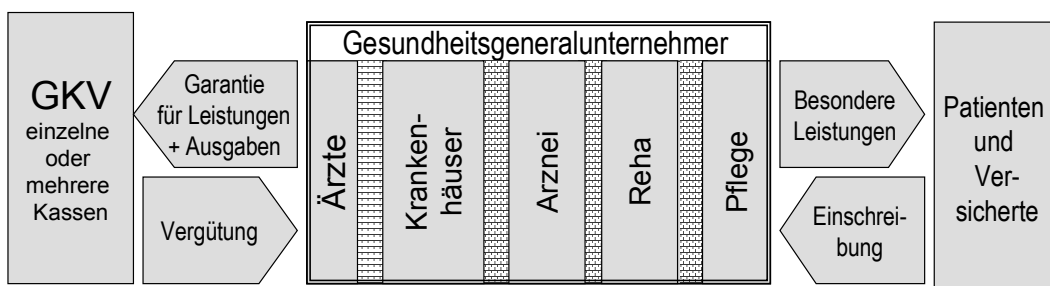


- **Managed Care Lösung:**  
Grundsätzliches Umdenken und Umgestalten der Versorgung mit deutlicher Verbesserungen von Qualität, und Effizienz. Generalunternehmer mit einer Vergütung in Form einer Globalvergütung pro Anzahl der eingeschriebenen Versicherten gewährleisten eine sektorenübergreifende Versorgung.



Folie 17

## Der Systemanbieter Möglichkeiten im GMG

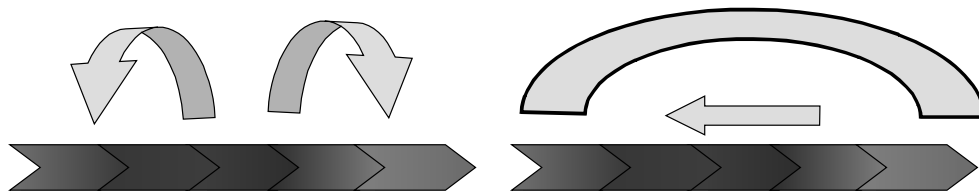


- **Möglichkeiten im GMG - § 140b SGB V:**  
Der Grundsatz der Beitragsstabilität wird für eine Startphase (2004 bis 2006) ausgesetzt. Der Effizienzgewinn sollte für mehrere Jahre zur Refinanzierung von Investitionen dem Generalunternehmer zur Verfügung stehen.

Folie 18

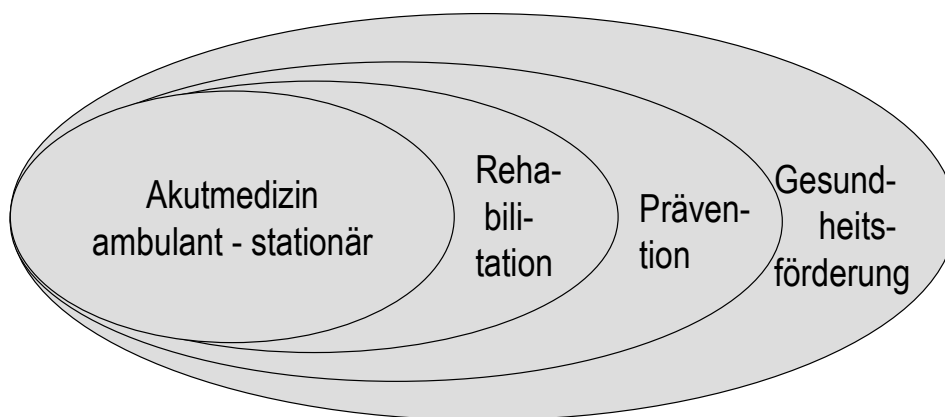
## Mögliche ökonomische Ziele unter Integrierter Versorgung

- Maximierung des Ertrags durch **Maximierung** der Leistungen in der Wertschöpfungskette
- Maximierung des Ertrags durch Übernahme einer pauschalierten Honorierung bei **Minimierung** der Produktionskosten



Folie 19

## Gesundheitsförderung in der Integrierten Versorgung



- Erweiterung des Bezugsrahmens medizinisch-pflegerischer Interventionen von der Behandlung aktueller Krankheiten einschließlich der Erhaltung und Förderung von Gesundheit

Folie 20

## **Integrations tiefe / Indikations breite / Budgetverantwortung hoch**

### ■ **Budgetverantwortungsverträge**

- für Gesamtpopulation
- für Teile der Gesamtpopulation (Geschlecht / Alter / Behinderte)
- für Indikationsgruppen
- für Versorgungssegmente, wie Psychiatrie, Urologie

- **Nutzen für Krankenhaus:** Gewinn durch Versorgungsintelligenz - aus dem Delta zwischen den Aufwänden der ungesteuerten Regelversorgung und der gemanagten integrierten Versorgung können Erträge realisiert werden z.B Fallzahlvermehrung, Ausbruch aus Budget / Fallzahlvermehrung / Ausbruch aus Budget.

- **Nutzen für Krankenkasse:** Einsparungen durch fixierten Preis pro Population / Verminderung des Kontrollaufwands

- **Vertragsschließende Partei** kann Preisdruck weitergeben auf Leistungspartner, bzw. „Sublieferanten“

### ➤ **Veränderung des Geschäftsmodells:**

Vom Krankenhaus in Richtung Gesundheitsdienstleister und Organisator der Versorgung

Folie 21

## **Modellvarianten entwickelt in Deutschland unter den §§ 140a - h\***

\* Bisherige Regelung, gültig vom 1.1.2000 bis 31.12.2002

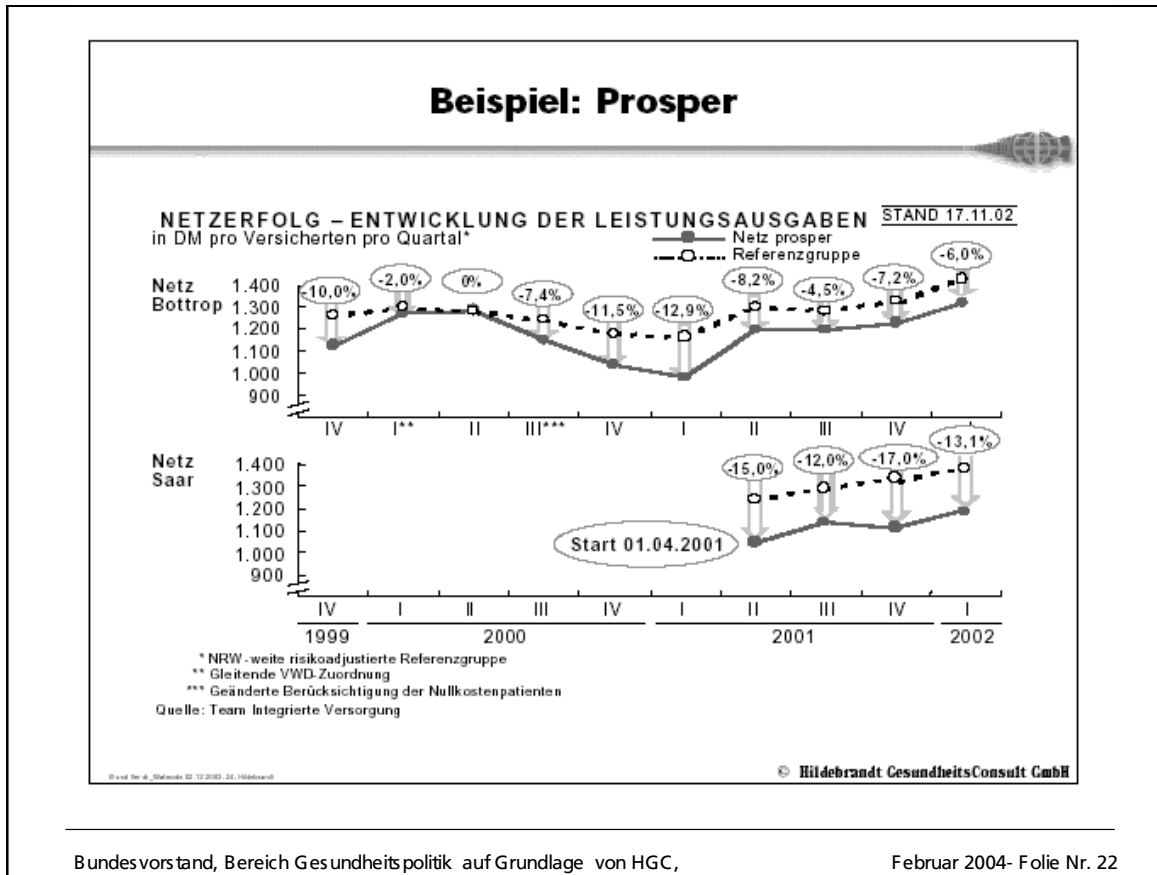
- Vollumfängliche Verantwortungsübernahme für sich einschreibende PatientInnen mit einem Gesamtbudget, das sektorenübergreifende Leistungen umfasst. Beispiele:

- Prosper-Modelle der Bundesknappschaft (Bottrop /Recklinghausen / Saarland)
- Planung der Integrierten Versorgungsgemeinschaft Elbe-Jeetzel (HGC-Modell mit dem VdAK - Bundesverband)
- Integrierter Medizinischer Dienst von vier Behinderteneinrichtungen in Niedersachsen gemeinsam mit vier Kassenverbänden, Kassenärztliche Vereinigung und Ministerium
- Diverse Modelle in Planung

### ➤ **Managed Care in Organisation und Ökonomie**

Ertrag des Krankenhauses durch Minimierung medizinischer Interventionen

Folie 22



Folie 23

## Integrations tiefe / Indikationsbreite / Budgetverantwortung hoch

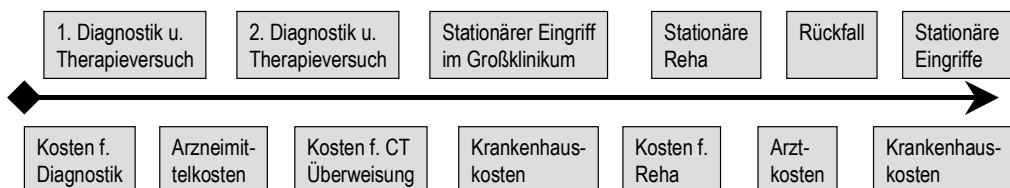
- **Budgetübernahme**
  - Wirkung auf die Krankenkassen**
    - **Positiv:** Beitragssatzstabilität / Verminderung von Verwaltungskosten / mittelfristig Kostensenkung
    - **Insgesamt:** mehr Wettbewerb
    - **Risiko:** hoher einmaliger Aufwand bei Vertragsentwicklung / Teilnahme, bzw.. Akzeptanz des Angebots durch die Versicherten
  - Wirkung auf die Krankenhäuser:**
    - **Positiv:** Gewinn durch Versorgungsintelligenz / Fallzahlvermehrung durch Steuerung zum Nachteil von Konkurrenzhäusern / Ausbruch aus Budget und DRG - Finanzierung
    - **Negativ:** bei Preisverfall oder fehlerhafter Berechnung von Einsparpotentialen / bei fehlerhafter Steuerung
    - **Risiko:** hoher einmaliger Aufwand bei Vertragsentwicklung / hohe Anforderungen an das Steuerungs-Knowhow

## Effekt der Budgetübernahme nach § 140b SGB V und weitere Überlegungen

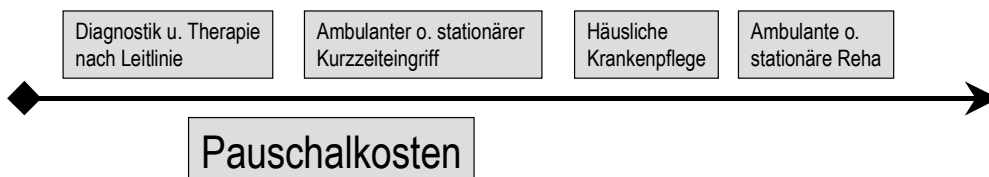
- Statt **Maximierung** der Versorgung, der Zahl der Eingriffe und Interventionen hat der Systemträger eines Integrierten Budgets ein Interesse an einer **Minimierung**
- **Ökonomisch geht es um die Frage:** Wie kann die Patientin / der Patient mit den niedrigsten Produktionskosten so behandelt und evtl. trainiert werden, dass das aktuelle Problem gelöst und langfristig der Gesundheitszustand verbessert werden kann.
- Die **Versorgungsqualität** muss möglichst hoch sein. Eine Minimierung hätte auch ökonomisch unerwünschte Nebeneffekte:
  - **Zusatzkosten für vermeidbare (aufwändige) Eingriffe,**
  - **Verabschiedung der Versicherten aus dem IV - System,**
  - **negative Publizität,**
  - **evtl. Haftpflichtansprüche oder sogar**
  - **Vertragskündigung durch die Krankenkasse**

## Therapiekette Vorher - Nachher

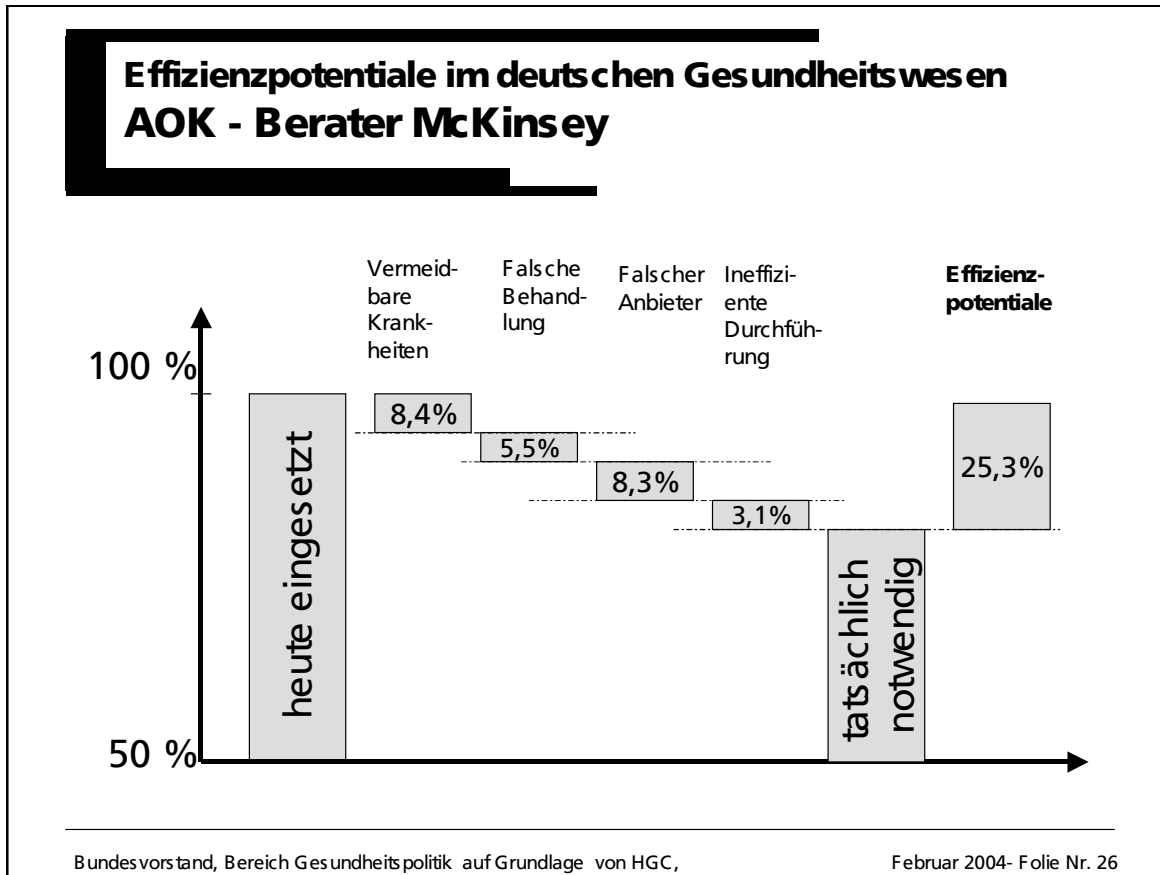
- Konventionell



- Integriert - Minimierungsvariante



Folie 26



Folie 27

### Weshalb rechnet sich für ein Krankenhaus die Organisation eines IV - Systems?

- Effizienzgewinn bleibt beim IV - Systemträger
- Geringer zusätzlicher Personalaufwand
- Einweiser- / Patientenbindung
- Expansion auf weitere Geschäftsfelder
- Trotz Verschiebung gleiche Leistungsmenge

**Einsparung**

Bundesvorstand, Bereich Gesundheitspolitik auf Grundlage von HGC, Februar 2004- Folie Nr. 27

## Vorteile für die Beschäftigten im Krankenhaus

- **Erhalt des bisherigen Leistungsvolumens**
  - statt Absenkung entsprechend des DRG - Modells
- **Qualifizierung und Erweiterung der Kompetenzen: Hinzu kommen**
  - **Therapeut-Patienten-Kommunikation**
  - **Gesundheitsförderung**
  - **Interdisziplinäre Arbeit** im Rahmen von Behandlungsleitlinien
  - **Call Center**
  - **Medizin - Controlling**
  - **Einkauf / Verwaltung**
- **Organisation von kompletten Versorgungsabläufen**
  - ...und nicht nur Teilepisoden
- **Nachhaltigkeit**
- **PatientIn als PartnerIn**

## Themen die überlegt werden müssen

- **Charakter und Kultur des Hauses**
  - z.B. traditionell hoher Spezialisierungsgrad als guter Ansatzpunkt für Komplexpauschalen
  - z.B. typisch regionaler Allroundversorger als guter Ansatz für Minimierungslösung in der Region mit Budgetübernahme
- **Gefährdungsgrad für das Haus**
  - z.B. durch relativ geringe Anzahl der Betten und Leistungen. Steht evtl. auf der „Abschussliste“ der Krankenkassen. Es besteht dringender Handlungsbedarf zur Sicherung des Überlebens. Budgetübernahme erforderlich.
- **Gefährdung durch Wettbewerb**
  - Gibt es Ärztenetze, die evtl. in Konkurrenz zum Krankenhaus ein Komplettbudget übernehmen wollen?
  - Gibt es andere Krankenhäuser, die evtl. in Konkurrenz zum Krankenhaus ein Komplettbudget übernehmen wollen?
- **Wo bestehen besondere Chancen durch Optimierung der Versorgung ?**
- **Welche Krankenkassen haben besonders hohe Patientenanteile ?**
- **Welche Kompetenz und Kooperationsfähigkeit besteht in Medizin und Pflege?**
- **Bestehende Kooperationen mit Niedergelassenen?**

## **Erwartungen für das Jahr 2006**

### **Integrierte Versorgung auf dem Vormarsch**

- Marktvolumen in der Integrierten Versorgung bei 3 bis 4 Mrd. €.
- Fast flächendeckende Erfassung mit IV - Verträgen mit regionalen Häufungen in den Städten - aufgrund der Wettbewerbssituation von Ärzten und Krankenhäusern.
- Die Integrationsvarianten „gering“ nehmen ab aufgrund zu hoher Transaktionskosten - die Integrationsvarianten „hoch“ nehmen zu.
- Der Gesetzgeber entscheidet zugunsten einer Fortsetzung des Förderprogramms zugunsten integrierter Versorgung.
- Es gibt einen Boom von Managementgesellschaften in die die „Health Care Industrie“ stark involviert ist.
- Ausländische Investoren und „HMOs“ haben sich in Deutschland in Managementgesellschaften eingekauft und halten ca. 20% des Volumens.
- Integrierte Versorgung, ähnlich dem deutschen Modell, wird in anderen europäischen Staaten ebenfalls erprobt und erhält von der EU die „Bescheinigung Europatauglichkeit“.