

# Integrierte Versorgung

## Chancen und Risiken für den Pflegedienst

Dipl. Pflegewirt Thorsten Müller

Veröffentlicht in PFLEGEImpuls 3/2005

Die bisherige sog. Regelversorgung des gesetzlich krankenversicherten Patienten ist dadurch gekennzeichnet, dass an ihm viele verschiedene Leistungserbringer (z.B. Hausarzt, Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtungen, Sanitätshaus usw.) beteiligt sind. Dort wo der Patient von einem Leistungserbringer zum anderen wechselt, kann es zu Kommunikationsproblemen, Versorgungsunterschieden, Doppeluntersuchungen u. ä. kommen (siehe Abb. 1).

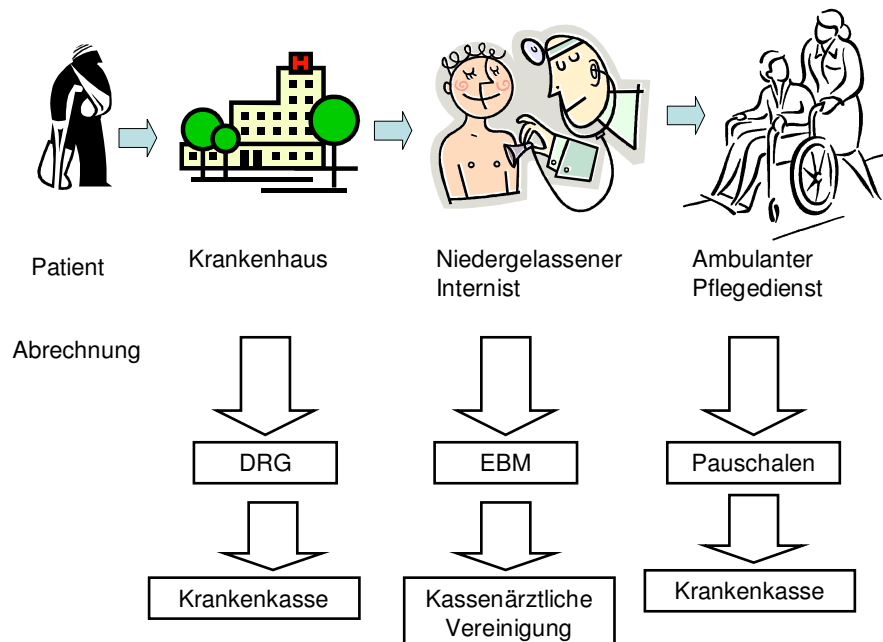


Abb. 1 Patientenkarriere in den Sektoren

Die damit verbundenen Qualitätsdefizite und Unwirtschaftlichkeiten versucht der Gesetzgeber durch Einführung der Vorschriften über die Integrierte Versorgung (§§ 140 a ff. SGB V) zu beseitigen. 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.

Der Gesetzgeber erlaubte den Krankenkassen durch die Integrierte Versorgung von der Regelversorgung abzuweichen und mit den Leistungserbringern vertraglich Versorgungsformen zu vereinbaren, die diese Schnittstellen vermutlich zu lösen geeignet sind. Die Krankenkassen haben an dieser Vergütungsform starkes Interesse, hoffen sie doch, hierdurch ihre Ausgaben zu senken, da die Teuersten 10% der Versicherten 80% aller Leistungsausgaben verursachen.

Medizinisch besteht die integrierte Versorgung 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 Ziele der einzelnen Teilnehmer an der integrierten Versorgung zeigt Tabelle 1.

<b>Ziele Patient</b>	<b>Ziele Kostenträger</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behandlung durch Arzt seines Vertrauens</li> <li>• Gute Informationen</li> <li>• Kurze Aufenthalte im Krankenhaus</li> <li>• Verkehrsgünstige Lage der Einrichtungen des Gesundheitswesens</li> <li>• kurze Wartezeiten</li> <li>• Behindertengerechte Transportwege</li> <li>• Befreiung von Zuzahlung</li> <li>• Hotelähnliche Ausstattung der Unterbringung mit guter Informationstechnologie</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implementierung der integrierten Versorgung als Regelversorgung</li> <li>• Nach Abschluss Konvergenzphase: anstelle Krankenhausbedarfsplanung der Länder bundeseinheitliche Vorgabe von zu kontrollierenden Leistungsmengen</li> <li>• Krankenkassen kontrahieren Leistungen (Einkaufsmodell)</li> <li>• Wettbewerb</li> <li>• Leistungsinhalte, Qualitätssicherung und Vergütung müssen von Vertragspartnern individuell vereinbart werden</li> </ul>

Ziele Vertragsarzt	Ziele Krankenhäuser
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prozessabläufe der Patientenbehandlung optimieren</li> <li>• Organisation eines patientenbezogenen Informationsflusses unter Reduktion des Dokumentationsaufwandes und schneller autorisierter Verfügbarkeit der Patientendaten</li> <li>• Fachübergreifendes QM</li> <li>• Errichtung eines kollegialen Konsiliar- und Weiterbildungssystems</li> <li>• Erarbeitung, Abstimmung und Umsetzung standardisierter Therapieabläufe</li> <li>• Generierung zusätzlicher Finanzmittel, Abkopplung vom floateten Punktwertes</li> <li>• Imageerhöhung und Erzielung von Wettbewerbsvorteilen</li> <li>• Erhöhte Patientenbindung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stationsersetzende Leistungen in kostenoptimierte Struktur zu erbringen und somit zusätzliche Deckungsbeiträge zu erwirtschaften</li> <li>• Enge Bindung mit ambulanten Pflegediensten, Patiententransportunternehmen, Reha, Sanitätshäuser</li> <li>• Betriebswirtschaftliche Kooperationen: Großgerätenutzung, Labor. Ver- und Entsorgung, Logistikleistungen, Einkauf, Personalmanagement</li> <li>• Schaffung eines Informationspools</li> </ul>

Tabelle 1: Ziele der Teilnehmer an einer integrierten Versorgung

Kernpunkt der integrierten Versorgung soll die Vernetzung der einzelnen Leistungssektoren sein sowie der verbesserter Austausch von Informationen sein. Die Integrierte Versorgung gilt allerdings nur für Leistungserbringer, die Leistungen nach SGB V abrechnen, d. h. nicht für Altenheime welche nach SGB XI Leistungen abrechnen. Die Integrierte Versorgung soll interdisziplinär-fachübergreifend sein. Der Begriff interdisziplinär besagt, dass mindestens zwei Disziplinen zusammenarbeiten, z. B. ein Krankenhaus mit einem ambulanten Pflegedienst (häusliche Krankenpflege), und die Leistungen aus diesen Fachgebieten bei der Versorgung des Patienten aufeinander abgestimmt sind (vgl. 1).

Gründer bzw. Initiatoren der Integrierten Versorgung können somit alle Leistungserbringer des SGB V sein.

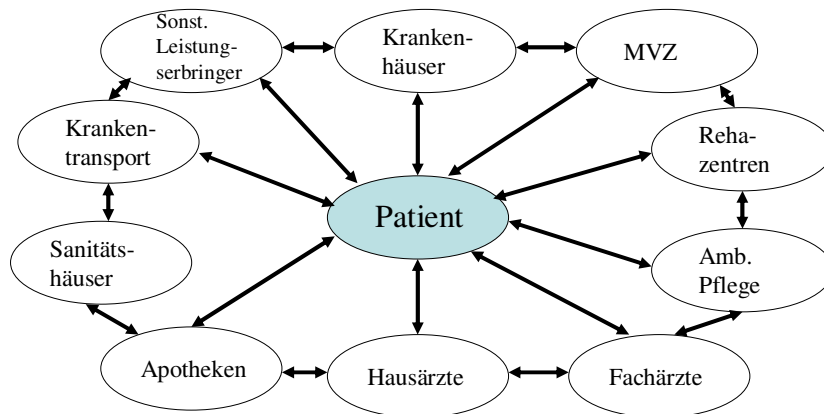


Abb. 2: Gründer und Teilnehmer an der integrierten Versorgung

§ 140 b besagt auch, dass die Krankenkasse nur mit einzelnen Leistungserbringern Verträge abschließen kann, d. h. dass Verbände im Auftrag des einzelnen Leistungserbringers Verträge schließen, hat der Gesetzgeber im Rahmen der integrierten Versorgung verhindert. Hiermit soll der (Verdrängungs-) Wettbewerb zwischen den einzelnen Leistungserbringern verschärft werden. Neu ist auch, dass der Gesetzgeber die Integrierte Versorgung aus der Einbettung in die vertragsärztliche Versorgung (Sicherstellungsauftrag) gelöst hat. Somit ist die Kassenärztliche Vereinigung (KV) nicht mehr Vertragspartner, d. h. das Krankenhaus kann direkt mit dem niedergelassenen Arzt über ein Projekt (z. B. eine Diagnose) und den anschließendem Vertrag mit folgender Vergütung ohne Einbindung der KV verhandeln! Den Vertragsärzten ist somit die Möglichkeit entfallen, sich dabei von der Kassenärztlichen Vereinigung beraten zu lassen oder diese mit der Verteilung Vergütung zu beauftragen.

„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 *geregelt* Gründen berechtigt waren, nicht teilnehmende Leistungserbringer in Anspruch zu nehmen“ (§ 140c SGB V). Das bedeutet: ein Patient der Teilnehmer der integrierten Versorgung „Herzinsuffizienz“ in Ludwigshafen ist und in Westerland/Sylt das Krankenhaus wegen Komplikationen aufsucht, entsteht der integrierten Versorgung gegenüber in Ludwigshafen kein Vergütungsanspruch, da diese Einweisung in das Krankenhaus in Sylt nicht von den Teilnehmern der integrierten Versorgung in Ludwigshafen veranlasst wurde (keine Einweisung ausgestellt).

Ist das Krankenhaus sich mit dem ambulanten Pflegedienst einig geworden, verhandeln beide mit einer Krankenkasse ihrer Wahl oder bilden eine so genannte Managementgesellschaft unter dem Dach einer Personen- oder Kapitalgesellschaft (z.B. GBR, GmbH ) welche die Verhandlung mit der Krankenkasse führt und das Projekt managt. Im Innenverhältnis zwischen dem Krankenhaus und dem ambulanten Pflegedienst wäre dann die Vergütung und die Haftung der jeweiligen erbrachten Leistung zu klären, da diese zwei Leistungserbringer nicht mehr mit ihrem zuständigem Kostenträger einzeln, sondern die Leistung aus der integrierten Versorgung gemeinsam mit der entsprechenden Krankenkasse zum vertraglich fixiertem Preis (Komplexpauschale) abrechnen. Die Vertragspartner haben somit automatisch eine Gesellschaft des bürgerlichen Rechts (GbR) gebildet und haften im Außenverhältnis uneingeschränkt gegenüber ihren Gläubigern. Vorteil ist in diesem Konstrukt, dass die Genehmigung/Überprüfung der Verordnung und Verlängerung nach 14 Tagen der häuslichen Krankenpflege durch die Krankenkasse und/oder dem MDK entfällt (siehe Abb. 3).

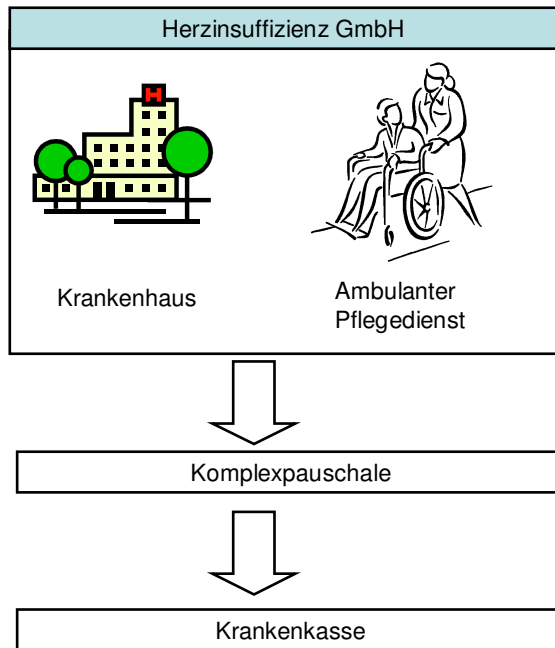


Abb. 3: Integrierte Versorgung

Das Projekt der Integrierten Versorgung des ambulanten Pflegedienstes und des Krankenhauses wird in den Jahren 2004 bis 2006 über die so genannte Anschubfinanzierung finanziert. Hierbei kürzen die Krankenkasse für dieses Projekt im entsprechenden KV-Bezirk bis zu einem Prozent die Rechnungen der einzelnen Krankenhäuser für die voll- und teilstationäre Versorgung sowie die Gesamtvergütung der Kassenärztlichen Vereinigung. Das bedeutet für die betroffenen Krankenhäuser und die KV, dass sich ihre Budgets um bis zu einem Prozent verringern. Durch diese Kürzung werden dann bei den Mitbewerbern weitere Projekte zur integrierten Versorgung initiiert, um möglichst viel von dem bis zu einem Prozent gekürztem Budget zu erwirtschaften.

„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.“ (§ 140d SGB V)

„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 ausbezahlen“ (§ 140d SGB V). Das bedeutet, nimmt die Krankenkasse durch die Kürzung der Rechnungen ihrer Patienten in den entsprechenden Krankenhäuser und durch Kürzung des Budget der entsprechenden KV (damit sinkender Punktwert) mehr Geld ein als die Krankenkasse für die integrierte Versorgung ausgibt, muss die Krankenkasse dieses Geld an die entsprechenden Leistungserbringer in 2007 zurückzahlen.

Die Teilnahme des Versicherten an einer integrierten Versorgungsform ist freiwillig (§140a SGB V). Der Versicherte gibt seine Wahlfreiheit auf, wenn er der Integrierten Versorgung beitrifft. Der Gesetzgeber räumt dem Versicherten aus diesem Grund einen umfangreichen Informationsanspruch über die Verträge, die Versorgungsform, die teilnehmenden Leistungserbringer, besondere Leistungen und vereinbarte Qualitätsstandards ein.

Im Gegenzug erhält der Versicherte von seiner Krankenkasse gemäß Satzung einen Bonus z.B. ermäßigte Zuzahlungen oder Beiträge.

Für den ambulanten Pflegedienst, der nicht an einer örtlich integrierten Versorgung partizipiert, kann dies nach ersten Erfahrungen des Autors, Leistungseinbrüche bis zu 90 % bedeuten, da der Patientenstrom selektiv durch das Projekt der Integrierten Versorgung gesteuert wird! Dem ambulanten Pflegedienst, auch wenn er Leistungen nach SGB XI abrechnet, sowie der stationären Altenpflege kann empfohlen werden, durch eine assoziierte Partnerschaft an der integrierten Versorgung zu partizipieren. Das bedeutet, das Altenheim schließt einen Kooperationsvertrag mit den Partnern der integrierten Versorgung. Die Vergütung seiner Leistung kann dann durch die Integrierte Versorgung erfolgen und dann nicht mehr durch die Pflegekasse oder das Altenheim rechnet weiterhin mit der Pflegekasse in gewohnter Weise ab, hat aber die Vereinbarung, alle Patienten aus der Integrierten Versorgung zugewiesen zu bekommen! (s. Abb. 4)

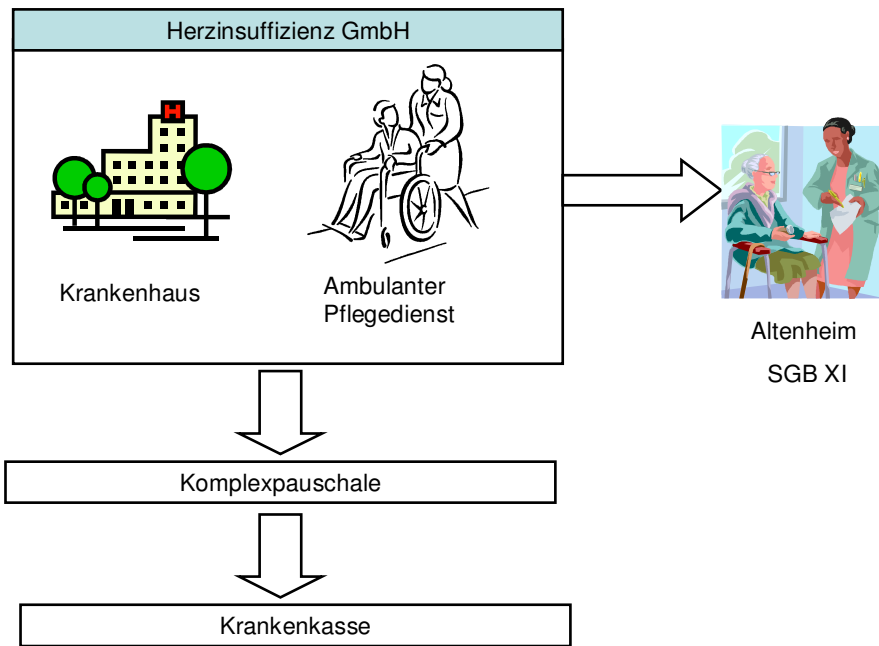


Abb.4 Assoziierte Partnerschaft

Die Vergütung der integrierten Versorgung erfolgt durch die Krankenkasse in Form einer Komplexpauschale. Wie bereits dargestellt, müssen die Vertragspartner im Innenverhältnis sich einig werden, wer welche Anteile der Komplexpauschale erhält.

Tabelle 2 zeigt die Anzahl je KV-Bezirk abgeschlossenen Verträge die bis zum Stichtag 31.03.05 der BQS gemeldet worden sind (Quelle: BQS):



	Anzahl Verträge	Anzahl Versicherte	Vergütungsvolumen
KV Baden-Württemberg	137	7.017	16.840.081 €
KV Bayern	44	28.221	24.677.492 €
KV Berlin	24	3.246	5.744.647 €
KV Brandenburg	33	9.214	6.340.724 €
KV Bremen	11	830	4.343.580 €
KV Hamburg	27	4.115	7.636.354 €
KV Hessen	95	15.800	35.745.992 €
KV Mecklenburg-Vorpommern	21	2.058	3.691.559 €
KV Niedersachsen	37	4.306	17.580.594 €
KV Nordrhein	69	26.991	20.653.674 €
KV Rheinland-Pfalz	23	7.777	2.506.021 €
KV Saarland	12	80.887	5.033.281 €
KV Sachsen	8	1.954	3.517.343 €
KV Sachsen-Anhalt	31	460.135	22.306.294 €
KV Schleswig-Holstein	34	8.574	12.314.955 €
KV Westfalen-Lippe	29	85.359	17.322.857 €
KV-Regionen mit weniger als 3 Verträgen:	8	1.403.392	48.497.483 €
<b>Gesamtsumme (inkl. KV-Regionen mit weniger als 3 Verträgen):</b>	<b>643</b>	<b>2.149.876</b>	<b>254.752.932 €</b>

Im Vorfeld eines Projektes zur integrierten Versorgung müssen folgende Aspekte untersucht werden:

- Analyse der Zuweiser
- Leistungsanalyse ( Schwerpunkt, Spezialisierung, Potential)
- Wettbewerberanalyse (existieren in der Versorgungsregion bereits vergleichbare Versorgungskonzepte?)
- Kostentransparenz zur Kalkulation der Komplexfallpauschale und des eigenen Entgelts
- Risikostreuung und Compliance des Klientels

Sind diese Aspekte abgeklärt, wird die Entwicklung eines sektorenübergreifenden Behandlungspfad (Critical Pathway) zur Steuerung sektorenübergreifender Prozesse als Voraussetzung eines reibungslosen Ablaufs empfohlen. Auch sollte in diesem

Zusammenhang geklärt werden, wie mit Störungen/Problemen/Beschwerden in diesem Prozess umgegangen wird.

Erst wenn alle diese „Hausaufgaben“ erledigt sind, dann erst sollte ein Vertrag geschlossen werden.

Im Vertrag zur Integrierten Versorgung sollte u. a. folgendes beinhaltet sein:

- Vertragsbezeichnung (Vorhaben, Titel)
- Zielsetzung der integrierten Versorgung
- Vertragsinhalt
- Nennung der beteiligten Leistungserbringer
- Versorgungsregion
- Anzahl der teilnehmenden Versicherten
- Vergütungsvolumen
- Vertragsbeginn und –dauer
- Ansprechpartner des Projekts

Um bei den Krankenkassen erfolgreich zu sein, sollte die geplante Versorgung qualitative Verbesserungen im Vergleich zur Regelversorgung beinhalten und diese sollten auch im Vertrag besonders hervorgehoben werden (Vergleich Ist-Zustand mit Soll-Zustand) und diese sollten auch messbar sein. Auch sollte die geplante Versorgung bei gleicher Qualität kostengünstiger sein (Einsparpotentiale darstellen). Auf diesen Punkt werden die Krankenkassen sehr genau schauen. Auch sollte das Konzept transparent und patientenorientiert sein. Die Krankenkassen werden auch sehr kritisch prüfen, dass durch die geplante Versorgung doppelt besetzte Strukturen zurückgedrängt werden, d. h. Leistungserbringer sollen vom Markt gedrängt werden! Die Qualifikation der Leistungserbringer muss im Vertrag genannt werden. Ebenso die absolvierten und geplanten Fortbildungsmaßnahmen. Weiterhin muss die Ablaufkoordination (Behandlungspfad) erkennbar sein. Es muss dargestellt werden, nach welchen Leitlinien (Wer hat diese erstellt? Sind diese anerkannt?) die Behandlung erfolgt. Auch muss auch ein anerkanntes, externes Monitoring (auch Patientenbefragungen) vorhanden sein.

Tabelle 2 gibt einen Überblick über die verschiedenen Vertragsmodelle in der integrierten Versorgung.

Art	Umgewandelte Strukturverträge	Komplexpauschalen (z. T. mit Gewährleistung)
Prototyp	Praxisklinik/Förderung des amb. Operierens	Endoprothesen- oder Herzchirurgievertrag
Ökonomische Ziele KK	Einsparung KH-Kosten/ 1% Abschlag	Einsparung Reha-Kosten bzw. Gesamtkosten/ 1% Abschlag
Ökonomische Ziele IV-Partner	Gewinn durch mehr Leistungen	Gewinn durch außerbudgetäre Leistungen/Skaleneffekte beim Einkauf/Preisreduzierung bei Zulieferern
Strat. Ziele KK	Schnelle 1 %- Einholung Einzelverträge/Wettbewerb zu anderen Kassen	Schnelle 1 %- Einholung/ Wettbewerb zu anderen Kassen
Strat. Ziel IV-Partner	Positionierung im Wettbewerb	Leistungssteigerung/Positionierung im Wettbewerb
Gefahr f. KK	Mengeninduzierung/Qualitätsverschlechterung	Mengeninduzierung
Gefahr IV-Partner	Preisverfall/Rabattierung	Preisverfall/Rabattierung
Effekte ü. Sektoren	Gering	vorhanden
Effekte Vertragswettbewerb	Stark	stark

Art	Case Management Verträge	Budgetverantwortung
Prototyp	Abgestimmter Behandlungsverlauf ü. Sektoren	Praxisnetz oder Krankenhäuser mit Budget
Ökonomische Ziele KK	1 % Abschlag/langfristige Einsparung d. Effizienzverbesserung	Einsparung in Drittsektoren d. ökon. garantierte Effizienzverbesserung/ 1% Abschlag
Ökonomische Ziele IV-Partner	Honorierung des Einsatzes/Leistungsausweitung auf Kosten der Konkurrenz	Defizitminderung/Gewinn durch intelligente Organisation der Versorgung
Strat. Ziele KK	Erprobung	Versorgungsverbesserung /Einsparung
Strat. Ziel IV-Partner	Optimierte Versorgung/Versichertenmarketing	Optimierte Versorgung/Wettbewerbsvorteil/ Direkte Vertragsverhältnisse
Gefahr f. KK	Zusatzkosten ohne Einspargarantie	Risikoselektion/ungenügende Datensicherheit
Gefahr IV-Partner	Zusatzaufwand für Management o. angemessenen Ausgleich/Managementversagen	Zu knappe Kalkulation/Unsicherheit über Zusatzaufwand für Management
Effekte ü. Sektoren	Vorhanden	Stark
Effekte Vertragswettbewerb	Vorhanden	Je nach Einzelfall

Tabelle 2: Arten der Verträge zur integrierten Versorgung (modifiziert nach Hildebrandt GesundheitsConsult, 2004)

## Zusammenfassung:

Der Gesetzgeber trägt die Hoffnung, dass die Integrierte Versorgung in 3 Jahren zur Regelversorgung wird. Durch die Integrierte Versorgung soll außer einer sektorenübergreifenden, interdisziplinär-fachübergreifenden Zusammenarbeit ein (Verdrängungs-) Wettbewerb erreicht werden. Für die Akteure im Gesundheitswesen bedeutet dies, selbst ein Projekt zur Integrierten Versorgung zu initiieren oder einem beizutreten, um nicht Leistungseinbussen hinzunehmen oder vom Markt verdrängt zu werden.

Schlüsselwörter: Integrierte Versorgung, Komplexpauschale, assoziierte Partnerschaft

## Literatur:

- 1 Beule, Claudia: Integrierte Versorgung nach neuem Recht,  
In: Gesundheitsrecht, Heft 6/2004, 3. Jahrgang, S. 209 ff
- 2 Ku-Sonderheft Integrierte Versorgung, Baumann Fachverlage, 9/2004