

Konstitutive Konzeptionsansätze der Integrierten Versorgung

In den neun Jahren nach den für die Integrierte Versorgung relevanten Gesetzesänderungen des GKV-Gesundheitsreformgesetzes sind in Deutschland zahlreiche IV-Projekte gegründet worden, die auf regionaler Ebene eine verbesserte Kooperation der Leistungserbringer und Koordination der medizinischen Leistungen anstreben. Der Bundesverband Managed Care hatte 2007 eine Bewertung von 25 verschiedenen integrierten Versorgungsmodellen vorgenommen, mit dem Ergebnis, dass sowohl größere Modelle mit einem breiten Leistungsspektrum, als auch kleine Projekte die „... Qualität und Wirtschaftlichkeit von spezieller Diagnose und Therapie deutlich verbessern.“¹ Mit dem Ende der Ansubfinanzierung der Integrierten Versorgung zum Beginn dieses Jahres stellt sich nun jedoch die Frage, wie die zukünftige Entwicklung der Integrierten Versorgung weiter verläuft und wie aus vielen kleinen, wenn auch erfolgreichen Pilotprojekten eine sektorenübergreifende Regelversorgung erwachsen soll.



Prof. Dr. Michael Greiling



Michael Osygus

Bei der Konzeption und Implementierung eines integrierten Versorgungsmodells müssen verschiedene grundlegende Bestimmungen und Entscheidungen getroffen werden. Zum einen sollte festgelegt werden welche Institution als Initiator des Projektes die Verantwortung trägt, zum anderen ist die Auswahl der Vertragspartner entscheidend, da sich hieraus die Versorgungsbereiche definieren lassen, die das integrierte Versorgungsmodell abdecken soll.

Initiatoren einer Integrierten Versorgung

Die Integrierte Versorgung stellt eine Vielzahl von Ansprüchen an die teilnehmenden Partner. Neben den Anforderungen an die medizinischen Leistungen und das entsprechende ökonomische Know-how über die Steuerungsinstrumente des Managed Care* ergeben sich vor allem auch betriebswirtschaftliche Anforderungen. Insgesamt sollen eine reibungslose Koordination und Kooperation gewährleistet werden, die sowohl das Organisationsmanagement als auch das Prozessmanagement betreffen.

Darüber hinaus ist der Einsatz von innovativen informationstechnischen Lösungen

unablässig für die Kommunikationsfähigkeit.² Diese Anforderungen können von keinem der klassischen Vertragspartner alleine erfüllt werden. Folglich muss im Zentrum einer Integrierten Versorgung eine professionelle Managementstruktur mit geeignetem Personal stehen, wie es auch das Managed Care vorsieht. Idealerweise wird diese Struktur in einer eigens gegründeten Gesellschaft realisiert, beispielsweise einer Health Maintenance Organization (HMO). Die Integrierte Versorgung kann in dieser Form idealtypisch umgesetzt werden, da keine Rücksicht auf andere Strategien genommen werden muss und Interessenskonflikte auf diese Weise ausgeschlossen werden können. Krankenhäuser hätten beispielsweise immer zuerst den stationären Bereich im Blick, während die Kassenärztlichen Vereinigungen ihren Fokus in erster Linie auf den ambulanten Bereich legen würden.

Krankenkassen bieten sich als Initiatoren an, wenn sie eine Dienstleistungsgesellschaft in Form einer HMO gründen, allerdings sind die rechtlichen Möglichkeiten dazu in Deutschland sehr begrenzt. Der Vorteil bei Krankenkassen als Initiator liegt darin, dass sie ihr Kerngeschäft versiert ausführen und einen guten Zugang zum Kapitalmarkt haben.

Krankenhäuser, besonders private Krankenhausketten, kommen ebenfalls als Initiatoren in Betracht, weil sie, wie auch die Krankenkassen, über ausgeprägte Managementstrukturen verfügen und darüber hinaus ein hochwertiges Expertenwissen bezüglich Wertschöpfungsketten und Überleitungsmanagement vorweisen können.³

Kassenärztliche Vereinigungen werden explizit als Vertragspartner von der Integrierten Versorgung ausgeschlossen. Ein Hauptgrund hierfür liegt in der Tatsache, dass mit den neuen Versorgungsformen einzelvertragliche Lösungen gewünscht waren und keine Kollektivlösungen.³ Generell sind die Kassenärztlichen Vereinigungen als Initiatoren allerdings nicht ungeeignet, denn auch sie können professionelle Managementstrukturen aufweisen und haben erhebliches Expertenwissen, welches fast alle Anforderungen abdeckt, vom Vergütungsmanagement bis hin zu juristischer Kompetenz. Egal ob nun die Initiative zur Gründung einer Managementgesellschaft von Krankenkassen, Krankenhäusern oder Kassenärztlichen Vereinigungen ausgeht, erwünscht und gefordert ist in jedem Fall, dass sich die traditionellen Institutionen an

* Während die Integrierte Versorgung ein Organisationskonzept darstellt, welches zwar Zielsetzungen vorgibt, aber große Freiheiten lässt was die praktische Ausgestaltung angeht, ist Managed Care vielmehr ein Werkzeugkasten von Organisationsformen und Managementinstrumenten, welche die Gestaltung einer integrierten Versorgungsform ermöglichen.³

der neuen Gesellschaft beteiligen, denn Kapital ist ein entscheidender Faktor und der Aufbau der neuen Strukturen und Managementkapazitäten ist mit erheblichen Investitionen verbunden.

Leistungsumfang einer Integrierten Versorgung

Grundsätzlich gilt die Integrierte Versorgung als ein Versorgungskonzept der Regelversorgung, wobei jedoch auch nur ein ausgewählter Teil des Leistungsspektrums, bestehend aus Prävention, Kuration, Rehabilitation und Pflege, abgebildet werden kann. Um die Frage nach dem möglichen Leistungsumfang einer Integrierten Versorgung zu beantworten ist es zunächst notwendig, die bisherige Entstehungsgeschichte von Projekten zur Integrierten Versorgung darzustellen. Die meisten existierenden modernen Versorgungskonzepte haben ihren Ursprung in den Modellvorhaben des zweiten GKV Neuordnungsgesetzes vom 01.07.1997. Die Regelungen zum Ausbau von Modellvorhaben können somit als Vorläufer der Integrierten Versorgung angesehen werden. Der Gesetzgeber ermöglicht es den Krankenkassen über § 63 SGB V zur Weiterentwicklung der Versorgung, mit den Leistungserbringern so genannte Modellvorhaben zu vereinbaren und durchzuführen. Hierfür ist eine Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen nicht notwendig. Dies schafft die Voraussetzungen für die Entwicklung neuer Organisations-, Finanzierungs-, und Vergütungsformen der Leistungserbringung. So können neue Möglichkeiten zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten gefunden und eine unkoordinierte Mehrfachinanspruchnahme von Vertragsärzten durch die Versicherten vermieden werden.⁴

Die Regelungen zu den Modellvorhaben sind im Grundsatz mit denen zur Integrierten Versorgung vergleichbar. Ein wesentlicher Unterschied besteht darin, dass Modellvorhaben einer zeitlichen Befristung unterliegen und hinterher evaluiert werden müssen.⁴ Ab dem Jahr 2000 entwickelten sich aus den Versorgungsexperimenten der Modellvorhaben durch die Neuregelungen für die Integrierte Versorgung zwei verschiedene Organisationstypen von Versorgungsmodellen. Zum einen die umfassenden Versorgungsmodelle, die in ihrem Versorgungsspektrum auf eine ganze Bevölkerungsgruppe ausgerichtet sind, auch populationsorientierte Modelle genannt, und zum anderen die indikationsspezifischen Modelle, welche auf konkrete Krankheitsbilder, beispielsweise Diabetes, ausgerichtet sind.⁵ Zur aktuellen Vertragslage der Integrierten Versorgung liefert die Registrierungsstelle der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) statistische Daten. Der Blick auf die Vertragspartnerkombinationen der bisherigen 6.183 IV-Verträge (Stand: 31.12.2008) zeigt, dass IV Vertragskombinationen, die alle Sektoren mit einbeziehen (Krankenkasse, niedergelassenem Arzt, Krankenhaus und Rehabilitation), mit 2,9% deutlich in der Minderheit sind. Dominiert wird das Bild von IV-Verträgen zwischen Krankenkassen und niedergelassenen Ärzten mit einem Anteil von 30%. An zweiter Stelle steht mit 18,7% die Kombination Krankenkasse, niedergelassener Arzt und Krankenhaus. Dies zeigt, dass ein Großteil der Verträge auf eine Verknüpfung des ambulanten mit dem stationären Sektor ausgerichtet ist. Die am häufigsten auftretende Kombination schließt die Krankenhäuser mit ein, weshalb sie eine zentrale Stellung bei den IV-Verträgen einnehmen.

Die Angaben sind allerdings kritisch zu sehen, denn es werden nur die direkten Vertragspartner erfasst. Wenn ein Vertragspartner Unterverträge mit weiteren Vertragspartnern geschlossen hat, so wird dies hier nicht abgebildet.⁶ Trotz der hohen Anzahl an Verträgen zur Integrierten Versorgung kritisiert der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen in seinem Gutachten aus dem Jahr 2007, dass es sich bei den IV Verträgen „... zu fast 99% um indikationsbezogene [handelt], die überwiegend chirurgische Eingriffe, zum Beispiel bei Hüft- und Kniegelenkendoprothetik, vorsehen“, während das SGB V die Sollvorschrift einer bevölkerungsbezogenen, flächendeckenden Versorgung macht.⁷

Der Abschlussbericht der gemeinsamen Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V liefert hier genauere Angaben. Es zeigt sich, dass nur ca. 2,5% der gemeldeten IV Verträge der Vollversorgung gewidmet sind. Allerdings ist die Zahl der gemeldeten Verträge nicht allein für die Bedeutung des Vertrags maßgeblich, denn trotz der geringen Anzahl der Vertragsmeldungen zur Vollversorgung können immerhin ca. 25% der geschätzten teilnehmenden Versicherten der Vollversorgung zugerechnet werden.⁶

Nichtsdestotrotz ist der Verbreitungsgrad von populationsorientierten Versorgungsmodellen als eher gering einzustufen, indikationsbezogene Modelle sind in der deutlichen Überzahl. Zum Leistungsumfang einer Integrierten Versorgung sollten nicht nur wenige indikationsbezogene Projekte mit allenfalls ein oder zwei kooperierenden Leistungserbringern gehören, sondern im Idealfall eine ganze Reihe von Indikationen, unter der Zusammenführung aller dafür nötigen Leistungserbringer. Dabei sollte sich die Indikationsauswahl in erster Linie an den häufigsten und kostenintensivsten Indikationen orientieren, welche über Disease-Management-Programme (DMPs) bereits abgebildet sind. Darüber hinaus könnte sich die Auswahl aber auch an den speziellen Bedürfnissen und Anforderungen der zu versorgenden Region orientieren.

Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V

Anteile der Vertragspartner-Kombinationen an gemeldeten Verträgen zur integrierten Versorgung - Leistungserbringerebene -

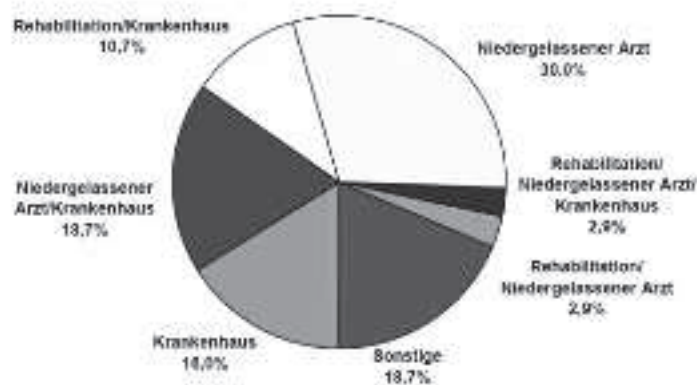


Abb. 1: Vertragspartnerkombinationen

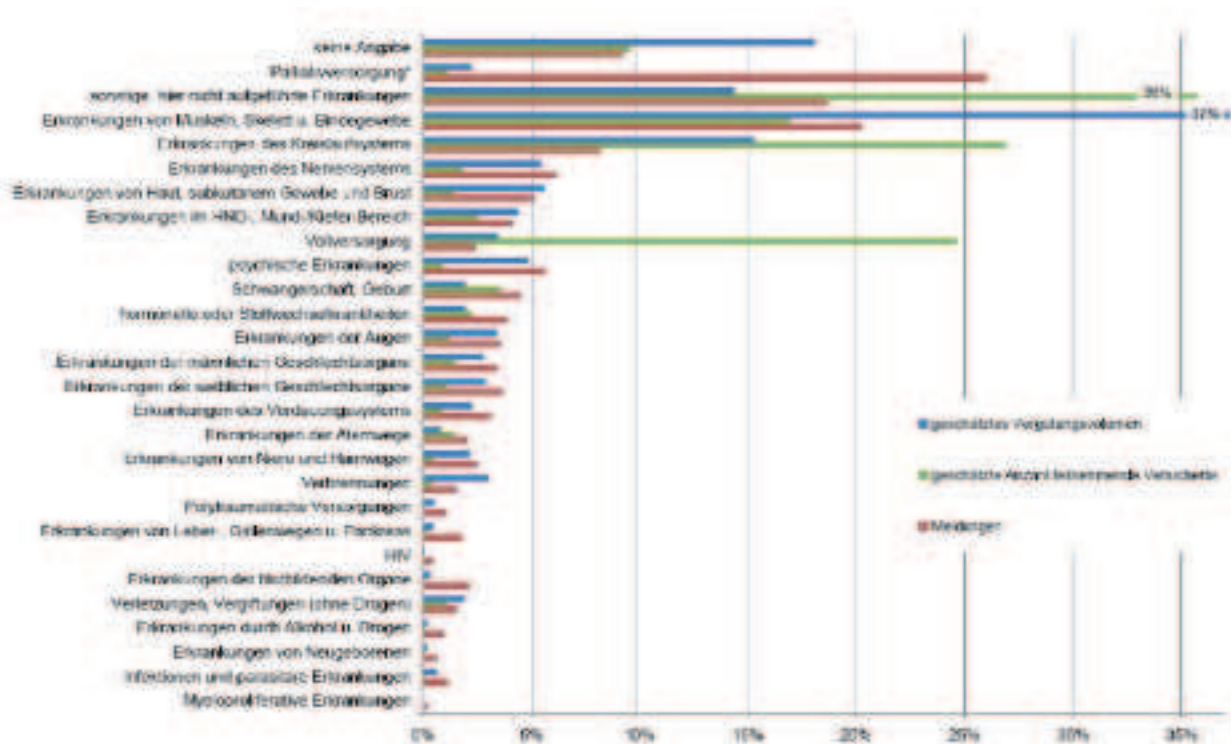


Abb. 2: Klassifikation des Vertragsgegenstandes in Anlehnung an die Hauptdiagnose-Gruppen des G-DRG-Systems
 Quelle: BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2009), S. 28.

In einem ersten Schritt ist dazu eine genaue Analyse der Versicherungsstruktur notwendig. So würde sich beispielsweise für eine Region mit besonders vielen älteren Patienten ein Fokus auf Programme der Palliativversorgung oder Versorgung von Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (beispielsweise Rheuma) anbieten.

Wie die Grafik zur Krankheitskostenrechnung zeigt, gibt es vom Gesetzgeber festgelegte DMPs nur für einen kleinen Teil der

auftretenden Indikationen. Für die meisten anderen kostenintensiven Erkrankungen existieren noch keinerlei systematische Behandlungsprogramme. Dies könnte beim Leistungsumfang einer populationsorientierten Versorgung mit regionalem Bezug durchaus berücksichtigt werden. Maßgeblich für den möglichen Leistungsumfang ist auch die Auswahl der Vertragspartner. Im Kern des integrierten Versorgungssystems sollte dabei, wie bereits gefordert, eine professionelle Managementstruktur stehen.

Falls es sich dabei nicht um eine Managementgesellschaft handelt, die alle geforderten Leistungsbereiche in sich vereint, ist die Zusammenarbeit mit spezialisierten Dienstleistern vonnöten, welche die nicht abgedeckten Aufgaben übernehmen. Dies können zum Beispiel die Verwaltung oder das Abrechnungsmanagement sein. Um den Kern bündeln sich die primären Leistungserbringer des stationären und ambulanten Sektors, das heißt Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte. Dabei müssen

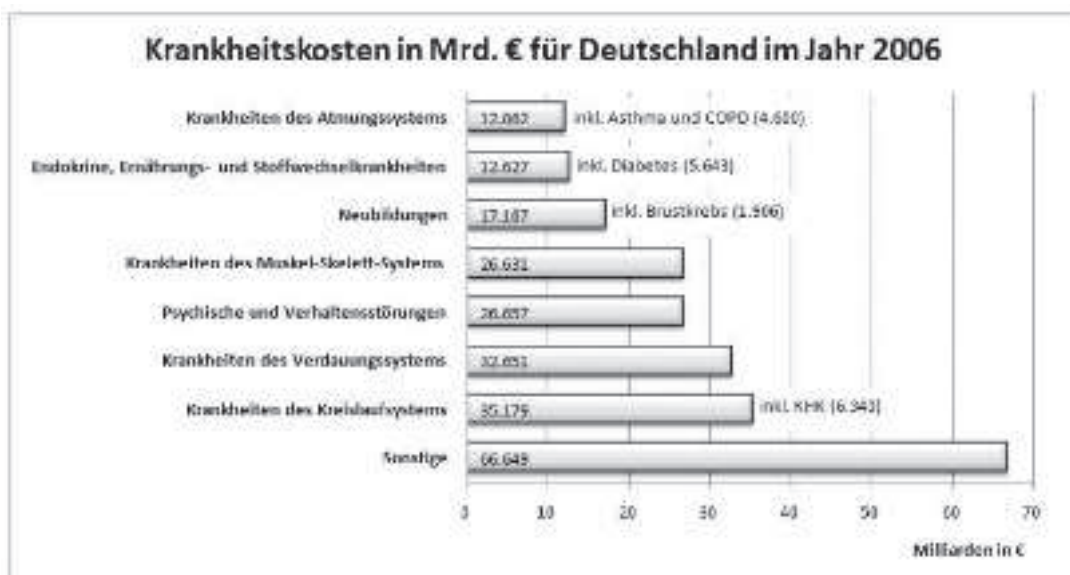


Abb. 3: Krankheitskosten inkl. DMP-Erkrankungen, Quelle: Eigene Darstellung nach Daten der GBE des Bundes (2006).



auch nur die Leistungserbringer involviert werden, die für die vorher definierten Versorgungsziele notwendig sind. Exotische Fachärzte oder hochspezialisierte Klinikbereiche sollten nicht zu den Kernbereichen des integrierten Versorgungssystems hinzugezogen werden.³ Je größer das Leistungsspektrum, desto größer ist auch der Managementaufwand. Während eher einfach strukturierte indikationsbezogene Versorgungsformen noch im Selbstmanagement der einzelnen Teilnehmer organisiert werden können, verlangen komplexere Strukturen der Vollversorgung auch komplexere Steuerungsmechanismen, entsprechende Managementstrukturen und sind demzufolge mit erheblichen zeitlichen und personellen Ressourcen sowie mit hohen finanziellen Investitionen verknüpft.¹

Auf der zweiten Stufe schließen sich die Leistungserbringer an, welche auch in der klassischen Versorgung unmittelbar mit den Primärleistungserbringern zusammengearbeitet haben und deren Einbezug in das Versorgungskontinuum zwingend notwendig ist. Dazu gehören vor allem die Apotheken, die ambulanten und stationären Dienste der Pflege und Rehabilitation, aber auch Heil- und Hilfsmittelerbringer sowie Physiotherapeuten. In weiteren Stufen kann eine ganze Reihe von komplementären Partnern miteinbezogen werden. Das Spektrum reicht von Fitness- und Wellnessrichtungen, die im Sinne der Prävention ih-

ren Beitrag zur Gesunderhaltung leisten, bis hin zu Selbsthilfegruppen, die aus psychologischer Sicht beim Umgang und der Bewältigung mit schweren Erkrankungen nicht zu unterschätzen sind. Die Integrierte Versorgung muss in ihrem Leistungsumfang die bisherige Regelversorgung nicht gänzlich ersetzen, sondern nur dort, wo Potentiale zur Qualitätsverbesserung und Kostensenkung auch erschlossen werden können.

Um die im Rahmen der Integrierten Versorgung erforderlichen Managementaufgaben, welche unter anderem eine umfassende Steuerung des Behandlungsprozesses beinhalten, adäquat erfüllen zu können, ist eine detaillierte Kenntnis des gesamten Versorgungsprozesses unabdingbar. Dies bedeutet, dass interdisziplinäre einrichtungs- und sektorenübergreifende Behandlungspfade erarbeitet werden müssen. Diese Prozessbeschreibungen müssen alle aktuellen medizinischen Leitlinien sowie alle geltenden Pflegestandards beinhalten. Durch diese einheitliche Dokumentation des Behandlungsablaufes über die unterschiedlichen ambulanten und stationären Leistungsanbieter hinweg, können ein gemeinsames Verständnis bezüglich der Patientenversorgung sowie eine klare Schnittstellenregelung erreicht werden. Erst die so erzielte Transparenz des Behandlungsprozesses ermöglicht positive Effekte wie die Vermeidung von Doppeluntersuchungen oder eine Verringerung der Verweildauer.

Kontakt

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling

Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG),
Münster
Geschäftsführer
Tel.: 0251/93254-0
E-Mail: michael.greiling@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de

Michael Osygus

Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen (IWIG),
Münster
Dipl.-Betriebswirt
Tel.: 0251/93254-0
E-Mail: info@iwig-institut.de
www.iwig-institut.de

Literatur

1. Weatherly, J. et al. (2007): Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
2. Hensgen, D. (2006): Integrierte Medizinische Versorgung – Grundlegender Paradigmenwechsel. In: Clinical Research in Cardiology, Jg. 2006, Volume 95 Supplement 2. Heidelberg: Steinkopff-Verlag, II/8-II/10.
3. Amelung, V. E. et al. (2008): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. 2. Aufl. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
4. Hellmann, W. (2001): Management von Gesundheitsnetzen. Stuttgart: Kohlhammer, S. 105-109.
5. Rebscher, H. (2003): Integrierte Versorgung. In: Der Onkologe, Jg., 2003, Heft 4. Heidelberg: Springer-Verlag GmbH, S. 368-373.
6. BQS Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (2009): Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V - Gemeldete, zum Stichtag geltende Verträge zur integrierten Versorgung nach Versorgungsregion, Januar 2009, Online im Internet: URL: <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/20081231.pdf>, Abfrage: 16.06.09 Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur integrierten Versorgung, Juli 2009, Online im Internet: URL: <http://www.bqs-register140d.de/dokumente/bericht-140d.pdf>, Abfrage: 05.08.09
7. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009): Gutachten 2007: Kooperation und Verantwortung. Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung, Online im Internet: URL: <http://www.svrgesundheit.de/Gutachten/Gutacht07/Kurzfassung%202007.pdf>, S. 33, Abfrage: 20.07.09