

mt medizintechnik 02/10

Organ des VDI-Fachgebietes Medizintechnik und Organ des Fachverbandes Biomedizinische Technik e. V.



Themen dieser Ausgabe:
Zielgenaue Beschaffung von Medizinprodukten
Software als Medizinprodukt: MDD 2007/47/EG
Instandhaltungskosten von medizintechnischen Geräten
Strukturmerkmale und Qualitätsmanagement
der Integrierten Versorgung – Teil 1

Strukturmerkmale und Qualitätsmanagement der Integrierten Versorgung – Teil 1

Michael Greiling

Der Beitrag gibt einen Einblick in den aktuellen Stand der Integrierten Versorgung in Deutschland. Es werden sowohl die bestehenden klassischen Gesundheitssektoren als auch innovative neue Versorgungsformen unter Nennung der wesentlichen Strukturmerkmale beschrieben.

Dokumentation: Greiling, M.: *Strukturmerkmale und Qualitätsmanagement der Integrierten Versorgung – Teil 1. mt-Medizintechnik 130 (2010), Nr. 2, S. 66, 1 Bild, 12 Lit.-Ang.*

Schlagwörter: Qualitätsmanagement/Integrierte Versorgung/Wirtschaftlichkeit

1 Einleitung

Auch nach der Bundestagswahl 2009 findet sich in den Parteiprogrammen der politische Wille zur Weiterentwicklung einer Integrierten Versorgung (IV) im Gesundheitswesen. CDU und CSU erklären beispielsweise: „Zur stärkeren Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen und Sektoren wollen wir die Integrierte Versorgung weiterentwickeln. Um Synergieeffekte zu erschließen, werden wir durch bessere Versorgungsmodelle die Sektorengrenzen durchlässiger machen.“ [1]

IV-Modelle verbessern Qualität und Wirtschaftlichkeit. 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.“ [2]

Mit dem Ende der Anschubfinanzierung der IV zum Beginn dieses Jahres stellt sich nun jedoch die Frage, wie die zukünftige Entwicklung der Integrierten Versorgung weiterverläuft und wie aus vielen kleinen, wenn auch erfolgreichen Pilotprojekten eine sektorenübergreifende Regelversorgung erwachsen soll. Of-

fen ist ebenso die Frage, inwieweit die neuen Modelle tatsächlich die Qualität der Versorgung verbessern und wie diese Qualitätsverbesserung im Vergleich zur klassischen Regelversorgung nachgewiesen werden soll. Während die Wirtschaftlichkeit in der Regel mit Vergleichsrechnungen gut nachgewiesen kann, auch wenn der Vergleich aufgrund unterschiedlicher Modellgrößen und -strukturen zwischen Integrierter Versorgung und Regelversorgung häufig erschwert wird, ist der Nachweis der Qualitätsverbesserung als relative und kaum messbare Größe in der Praxis nicht ganz so einfach. Hier müssen Qualitätsindikatoren gefunden werden, welche im Idealfall eine indirekte Messbarkeit indizieren oder zumindest die Vorteilhaftigkeit der neuen Versorgungsform aufzeigen.

2 Die Integrierte Versorgung in Deutschland

Der Begriff der Integration kann etymologisch als Zusammenführung von Teilbereichen, d. h. als „Wiederherstellung eines Ganzen“ beschrieben werden. Mit Bezug auf das Gesundheitswesen ist hier die Zusammenführung der voneinander getrennten Sektoren gemeint, vor allem ambulant und stationär sowie eine Verbesserung der Kooperation, Koordination und Kommunikation zwischen den Leistungserbringern. Im Rahmen der Gesundheitsreformen wurde mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 erstmalig der Begriff und die Ausgestaltung der Integrierten Versorgung im SGB V mit dem § 140a bis d gesetzlich geregelt. Das Gesetz regelt an diesem Punkt die Beziehungen zwischen den Leistungserbringern und schafft neue Möglichkeiten zur Kooperation auf freiwilliger Basis.

Starre Aufgabenteilung durchbrechen

In den Eckpunkten zur Gesundheitsreform 2000 erläutern Bundesregierung und Bundesministerium für Gesundheit, dass es Integrierter Versorgungsformen

zwischen Haus- und Fachärzten, zwischen ärztlichen und nicht-ärztlichen Leistungserbringern, zwischen dem ambulanten und stationären Bereich bedarf, um die starre Aufgabenteilung zwischen der ambulanten und stationären Versorgung zu durchbrechen. Die Versorgung muss sich am Patienten orientieren und nicht der Patient an den bestehenden Strukturen. Im Kern soll dabei den Krankenkassen die gesetzliche Möglichkeit gegeben werden, Verträge mit einzelnen ambulanten Leistungserbringern bzw. Gruppen von Leistungserbringern und Krankenhäusern abzuschließen. Die geplante Verzahnung von ambulantem und stationärem Sektor wird in den geschilderten Einzelmaßnahmen deutlich. Beispielsweise sollen zur Realisierung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ Krankenhäuser in eingeschränktem Umfang zur Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung zugelassen werden, wobei gleichzeitig Vertragsärzte in begrenztem Umfang Versicherte sowohl ambulant als auch kurzstationär zur Sicherung der Behandlung im Krankenhaus betreuen dürfen. Die gesetzlichen Regelungen zur Integrierten Versorgung sollen zum großen Teil dazu beitragen, die Ziele der GKV-Gesundheitsreform zu erfüllen: *„die Sicherung einer qualitativ hochwertigen, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Gesundheitsversorgung innerhalb des solidarischen Krankenversicherungssystems“* und *„ein Gesundheitssystem, das die Selbstbestimmungsansprüche der Patientinnen und Patienten achtet, ihre Eigenkompetenz stärkt und ihnen systembedingte Doppel- und Mehrfachuntersuchungen erspart“*, wobei der Fokus bei der Integrierten Versorgung deutlich auf eine Qualitätssteigerung und Wirtschaftlichkeitsoptimierung ausgerichtet ist. [3]

Verzahnung statt funktionaler und struktureller Trennung

In dem Eckpunktepapier ist die Rede von einer Verzahnung, doch eigentlich geht der Begriff der Inte-

gration noch einen Schritt weiter. Während bei einer Verzahnung bestehende Elemente besser miteinander verknüpft werden, aber ansonsten ihre Eigenständigkeit beibehalten, fügt eine Integration die bislang getrennten Elemente zu einer neuen Identität zusammen. Es soll an dieser Stelle zwar auf diesen wichtigen Unterschied hingewiesen werden, wenngleich doch fraglich ist, inwieweit ein Aufbrechen und eine komplette Neuordnung der Gesundheitssektoren in Deutschland in absehbarer Zeit überhaupt realisierbar ist. Auch wenn eine komplette Reorganisation der Gesundheitssektoren noch in weiter Ferne liegt, kann



Die GML – Aktiengesellschaft für Medizintechnik und Logistikmanagement mit Hauptsitz in Neu-Isenburg ist ein bundesweit tätiges Dienstleistungs-Unternehmen in der Medizintechnikbranche. Um unsere Marktposition noch weiter auszubauen suchen wir zur Verstärkung unseres Teams in Neu-Isenburg eine/n engagierte/n

Koordinator/in Kliniken für medizintechnische Projekte

Ihre Aufgaben:

- fachliche Leitung unserer Klinikprojekte im Rahmen einer Vollbewirtschaftung der Medizintechnik
- organisatorische Begleitung zu Projektbeginn
- Gestaltung fachlicher Rahmenbedingungen für die regionalen Servicebereiche
- laufende technische Kundenbetreuung
- Sie achten auf kundenorientierte Umsetzung und einheitliche Prozesse sowie Arbeitsabläufe der Projekte. Dabei sind Ihnen die gesetzlichen Rahmenbedingungen, speziell MPG und MPBetreibV bekannt.

Ihr Profil:

- Abschluss als Diplom-Ingenieur/in oder staatl. geprüfte/r Techniker/in mit mehrjähriger Berufserfahrung im Bereich Medizintechnik
- Erfahrung in der eigenständigen Leitung von medizintechnischen Projekten in Krankenhäusern und Kliniken, vorzugsweise im Bereich der medizintechnischen Gesamtbewirtschaftung
- ein großes Maß an Service- und Kundenorientierung
- sicheres und verbindliches Auftreten sowie Engagement und Durchsetzungsvermögen
- bundesweite Reisebereitschaft

Sie sind direkt der Geschäftsbereichsleitung Technik in unserer Hauptverwaltung unterstellt.

Wir bieten Ihnen eine vielseitige Herausforderung in einem wachsenden Unternehmen zu attraktiven Konditionen.

Dieses Angebot richtet sich selbstverständlich auch an Interessenten mit Behinderung.

Fühlen Sie sich herausgefordert? Dann senden Sie uns bitte Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen mit Ihrem Eintrittstermin und Ihrer Gehaltsvorstellung an die

GML Aktiengesellschaft für Medizintechnik
und Logistikmanagement
Personal- und Sozialwesen
Martin-Behaim-Straße 20, 63263 Neu-Isenburg
www.gml-ag.de



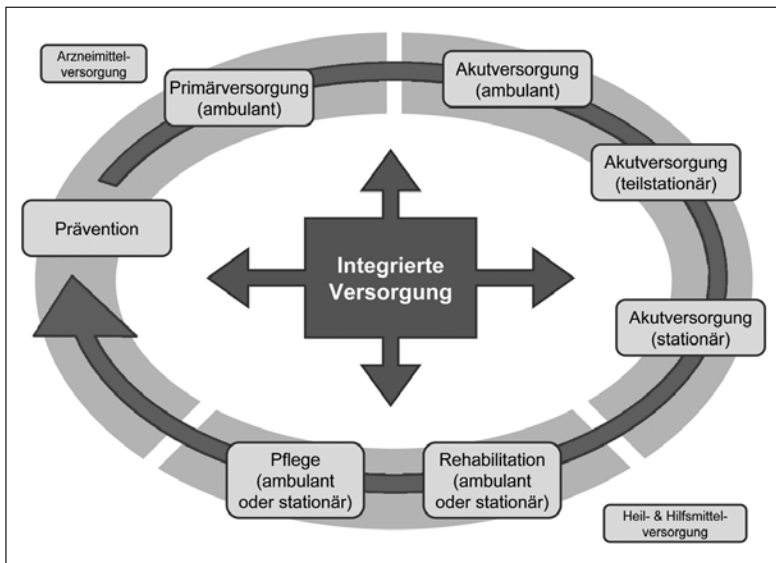


Bild 1: Versorgungssektoren entlang des Versorgungskontinuums

eine Verzahnung als wichtiger Schritt auf dem Weg zur Idealform der Integrierten Versorgung gesehen werden, wobei die funktionale Trennung der Leistungsanbieter überwunden und eine informationelle Verknüpfung über alle Versorgungsprozesse geschaffen wird. Diese Verbindung führt dann letztlich zur Vermeidung von Fehlleistungen wie z. B. Doppeluntersuchungen und überflüssigen Untersuchungen. Ausgangslage der Problematik ist folglich die funktionale und strukturelle Trennung der Leistungserbringer. Warum die Versorgungsbereiche in der gegenwärtigen Struktur des deutschen Gesundheitssystems getrennt sind, zeigt die historische Entwicklung.

2.1 Versorgungssektoren in Deutschland

Der Beginn der Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung wird der Brüning'schen Notverordnung vom 8.12.1931 zugeschrieben. In der Anfangsphase der Krankenversicherung wurden Einzeldienstverträge zwischen den Krankenkassen und von ihnen ausgewählten Ärzten geschlossen. Zur Zeit der Weltwirtschaftskrise nach dem Ersten Weltkrieg befanden sich die Ärzte aufgrund ihrer hohen Anzahl in einer schwächeren Verhandlungsposition und in finanzieller Abhängigkeit von den Krankenkassen. Aufgrund der Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und Ärzteschaft, die ihrerseits mit Streiks drohte, wurde der soziale Frieden erheblich gestört und somit die Versorgung der sozialversicherten Bevölkerung gefährdet. Um diesem Konflikt endgültig ein Ende zu bereiten, wurde mit der Notverordnung aus dem Jahr 1931 das kollektive Vertragssystem eingeführt und die Einrichtung der Kassenärztlichen Vereinigungen als Körperschaften des öffentlichen Rechts mit Pflichtmitgliedschaft auf Landesebene ins Leben gerufen.

Historische Trennung zwischen ambulantem und stationärem Sektor

Den Kassenärztlichen Vereinigungen werden zur Organisation der vertragsärztlichen Versorgung durch das SGB V die folgenden Aufgaben zugewiesen:

„... die Erfüllung des Sicherstellungsauftrages, die Bereitstellung eines ärztlichen Notdienstes, der Abschluss der Gesamtverträge mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen, die Verteilung der Gesamtvergütung unter den zugelassenen niedergelassenen Ärzten sowie die Prüfung vertragsärztlicher Abrechnungen.“ Da sich die Ärzte in Form der Selbstverwaltung durch die Körperschaft selbst organisieren, ist auch häufig die Rede von dem „... Primat der niedergelassenen Ärzte für die ambulante ärztliche Behandlung ...“. Dieses ambulante Behandlungsmonopol bestimmt seither die Trennung von ambulantem und stationärem Sektor. [4]

Die Integrierte Versorgung soll die voneinander getrennten Versorgungssektoren vernetzen. Einen Überblick der einzelnen Stationen im Versorgungskontinuum zeigt Bild 1. Die Arzneimittelversorgung sowie die Heil- und Hilfsmittelversorgung haben dabei eine Sonderstellung, da sie von allen Sektoren in Anspruch genommen werden.

2.1.1 Primärversorgung – der ambulante Sektor

Das Gesundheitswörterbuch definiert die ambulante Behandlung wie folgt: „Unter ambulanter Behandlung versteht man die vom Arzt in seiner Praxis, im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme bzw. in der Wohnung des Patienten ausgeübte Heilbehandlung. Diese besteht aus Beratungen, Untersuchungen und Sonderleistungen (diagnostische Maßnahmen, Injektionen, Laboruntersuchungen usw.).“ [5] Diese Definition zeigt bereits, dass die Trennung durch die letzten Reformen des Gesundheitsstrukturgesetzes (GKV-GSG) und des Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) bereits gelockert wurde, die beispielsweise eine ambulante Behandlung im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme in Ausnahmefällen erlauben.

Doch zunächst soll der ambulante Sektor in einem engeren Kontext gefasst werden. Zu der ambulanten Versorgung zählen somit im klassischen Sinn die ambulante hausärztliche, fachärztliche, psychotherapeutische sowie zahnärztliche Versorgung. Die ambulante Versorgung durch Haus- und Fachärzte wird auch als kassenärztliche Versorgung bezeichnet. Näheres zum Inhalt und zu den Teilnehmern der kassenärztlichen Versorgung liefert der § 73 (1) SGB V: „Die hausärztliche Versorgung beinhaltet insbesondere

- die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes,
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
- die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.“

Teilnehmer der hausärztlichen Versorgung sind dabei Allgemeinärzte, Kinderärzte sowie hausärztlich tätige Internisten, während die übrigen Fachärzte (z. B.

Augenärzte, Chirurgen, Orthopäden, Urologen etc.) an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen. Des Weiteren sind neben den ärztlichen Leistungserbringern auch nicht-ärztliche Leistungserbringer an der ambulanten Versorgung beteiligt. Zu ihnen zählen unterschiedliche Gesundheitsfachberufe wie Physiotherapeuten, Masseur, Logopäden, Podologen und Ergotherapeuten.

Gemeinschaftspraxis

Neben der klassischen Einzelpraxis als am weitesten verbreitete Niederlassungsform gibt es im ambulanten Bereich verschiedene Kooperationsformen, in denen Vertragsärzte gemeinsam tätig sein können. Die Gemeinschaftspraxis ist „... ein Zusammenschluss mehrerer Ärzte zur gemeinsamen Berufsausübung, in gemeinsamen Räumen mit gemeinsamer Praxis-einrichtung, gemeinsamer Karteiführung und Abrechnung, mit gemeinsamen Personal auf gemeinsame Rechnung.“ In der Praxisgemeinschaft hingegen werden zwar das Inventar, das Personal und die Räumlichkeiten der Praxen gemeinschaftlich genutzt, jedoch behält jede Praxis ihren eigenen Patientenstamm, die eigene Karteiführung und die eigene Abrechnung. Während in der Gemeinschaftspraxis häufig Ärzte ähnlicher Fachrichtungen zusammenkommen, die auch hausärztlich tätig sind, besteht eine Praxisgemeinschaft meistens aus Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen. [4]

Praxisnetze

Eine Stufe weiter geht die ärztliche Kooperation in Form von Praxisnetzen. Die Bildung von Praxisnetzen geht rechtlich auf das zweite GKV-Neuordnungsgesetz vom 1.7.1997 mit der Regelung zur Schließung von Strukturverträgen zurück. Durch Strukturverträge gemäß § 73a SGB V können die Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen vereinbaren, dass Praxisnetze in die Versorgungsstrukturen mit einbezogen werden und diesen die Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit im Ganzen oder teilweise übertragen wird. Praxisnetze werden per Gesetz als „... Verbund haus- und fachärztlich tätiger Vertragsärzte (vernetzte Praxen) ...“ definiert. Den Praxisnetzen können zu diesem Zwecke Budgets gegeben werden, wobei die Wahl der Art der Vergütung, beispielsweise Kopfpauschalen, freigestellt ist. Die Musterberufsordnung der Bundesärztekammer bestimmt weiterhin, dass sich Ärzte vertraglich nur zu einem Praxisverbund zusammenschließen dürfen, wenn der Zusammenschluss durch ein gemeinsames Versorgungsziel im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung begründet ist. Die Mitgliedschaft in diesem Verbund muss dabei allen interessierten Ärzten offenstehen. Ausnahmen von der freien Mitgliedschaft können nur gemacht werden, wenn der Praxisverbund räumlich begrenzt ist und bestimmte qualitative Anforderungen erfüllen soll. Dies muss allerdings sachlich durch das Versorgungsziel begründet werden und darf auch nicht diskriminierend sein. [6]

Medizinische Versorgungszentren

Als noch recht neue Form wurden Medizinische Versorgungszentren mit dem GKV-Modernisierungsge-

setz vom 14.12.2003 gemäß § 95 (1) SGB V ebenfalls zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie definieren sich als interdisziplinäre, fachübergreifende ärztlich und unternehmerisch geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte als Angestellte oder als Vertragsärzte tätig sind. Die Einrichtung ist dann fachübergreifend, wenn mindestens zwei verschiedene Fachrichtungen in einem MVZ untergebracht sind, also z. B. zwei unterschiedliche Fachärzte oder ein fachärztlicher und ein hausärztlicher Internist.

In Deutschland sind bereits über 1.000 Medizinische Versorgungszentren zugelassen (Stand: 21.11.2008). Ein MVZ soll gegenüber klassischeren Kooperationsformen eine Reihe von Vorteilen bieten. Beispielsweise flexiblere Arbeitsverhältnisse, dadurch dass in unternehmerischer Leitung mit den angestellten Ärzten unterschiedliche Arbeitszeitmodelle realisiert werden können. Oder eine Arbeitsentlastung für die Ärzte, falls ein Management existiert und der bürokratische Aufwand vom Arzt in die Hände des Managements verlagert werden kann. Letztlich auch eine verbesserte qualitative Versorgung des Patienten durch die räumlich nahe ärztliche Kooperation. [7] Neben der ambulanten Versorgung von gesetzlich Krankenversicherten existiert noch die Versorgung von Privatversicherten durch Vertragsärzte, die zusätzlich privatärztlich tätig sind, und Privatärzte, die ausschließlich Patienten behandeln, die nicht in der GKV sind. Diese Thematik soll hier jedoch nicht weiter ausgeführt werden, da der Fokus der Integrierten Versorgung auf die Verbesserung der Versorgung in der GKV ausgerichtet ist.

2.1.2 Akutversorgung – der stationäre Sektor

Unter dem Begriff der stationären Versorgung wird die medizinische und pflegerische Versorgung in einem Krankenhaus einschließlich Unterbringung und Verpflegung verstanden. Das Sozialgesetzbuch unterscheidet im § 39 SGB V weiterhin zwischen vollstationär, teilstationär, vor- und nachstationär (§ 115a SGB V) sowie ambulant (§ 115b SGB V).

Die Behandlung wird als vollstationär bezeichnet, wenn der Patient nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes mindestens einen Tag und eine Nacht im Krankenhaus verbringt. Teilstationär ist die Behandlung hingegen, wenn der Patient weniger als 24 Std. im Krankenhaus verbleibt, wobei Unterkunft und Verpflegung entsprechend nur tagsüber und nachts vorhanden sind, daher ist auch häufig die Rede von Tages- oder Nachtklinik. Die genauen Umstände, unter denen eine Krankenhausbehandlung als vor- oder nachstationär klassifiziert wird, sind im § 115a SGB V geregelt. Beide Behandlungsarten sind ohne Unterkunft und Verpflegung und dienen entweder dazu „... die Erforderlichkeit einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu klären oder die vollstationäre Krankenhausbehandlung vorzubereiten (vorstationäre Behandlung) oder im Anschluss an eine vollstationäre Krankenhausbehandlung den Behandlungserfolg zu sichern oder zu festigen (nachstationäre Behandlung).“ Zeitlich ist die vorstationäre Behandlung auf längstens drei Behandlungstage vor Beginn der stationären Behandlung und die nach-

stationäre Behandlung auf höchstens sieben Tage (Ausnahme Organtransplantationen) nach Beendigung der stationären Krankenhausbehandlung befristet.

Doppelte fachärztliche Versorgung

Als eine Besonderheit im deutschen Gesundheitswesen zählt die doppelte fachärztliche Versorgung, auch „*doppelte Facharztschiene*“ genannt. Damit ist gemeint, dass Fachärzte gleicher Fachdisziplinen sowohl in der stationären als auch in der ambulanten Versorgung tätig sind, was in anderen Ländern, z. B. in den nordeuropäischen Staaten, nicht der Fall ist. Dort wird auch die ambulante fachärztliche Versorgung überwiegend von den am Krankenhaus tätigen Fachärzten übernommen. Doch auch in vielen anderen Bereichen teilen sich der ambulante und stationäre Bereich gewisse Versorgungsaspekte. Krankenhäuser haben normalerweise eine Notfallambulanz, in der Patienten ambulant versorgt werden. Außerdem haben leitende Krankenhausärzte das Recht, Privatpatienten im Rahmen ihrer Sprechstunde ambulant zu behandeln.

Disease Management

Weitere Ausnahmen zur ambulanten Behandlung im Krankenhaus ohne stationäre Aufnahme resultieren aus den Bestimmungen zur vor- und nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V (siehe oben) und zum ambulanten Operieren gemäß § 115b SGB V, d. h. wenn der Patient nicht stationär aufgenommen wird und die Nacht vor und nach der Operation zuhause verbringt. Des Weiteren können Krankenhäuser zur ambulanten Behandlung bei Unterversorgung gemäß § 116a SGB V zugelassen werden. Auch im Zusammenhang mit Disease-Management-Programmen sowie bei der Erbringung hochspezialisierter Leistungen bzw. bei der Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gemäß § 116b SGB V ist es möglich, dass Krankenhäuser an der ambulanten Versorgung teilnehmen. Dazu zählen z. B. schmerztherapeutische Leistungen, die mithilfe der Computertomographie oder Magnetresonanztomographie durchgeführt werden, bzw. die Diagnostik und Therapie bei schweren Erkrankungen wie Krebs oder Multiple Sklerose. Während der Sicherstellungsauftrag für die ambulante Versorgung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen liegt, sind im stationären Sektor die Bundesländer und in Delegation die Städte und Landkreise für die Sicherstellung verantwortlich. Die Versorgung erfolgt allerdings nur über Krankenhäuser der Städte und Gemeinden, wenn nicht bereits freigemeinnützige oder private Krankenhausträger die Versorgung sicherstellen. Die Krankentypen sind grundsätzlich gleichberechtigt, sofern sie im Krankenhausbedarfsplan des Bundeslandes aufgenommen wurden. [4]

2.1.3 Rehabilitative Versorgung und sozialpflegerische Dienste

Wie in der regulären medizinischen Versorgung, die sich in Primär- und Akutversorgung gliedert, können auch in der Rehabilitation und der Pflege Leistungen entweder ambulant oder stationär durchgeführt wer-

den. Die Behandlung in der ambulanten Rehabilitation wird beispielsweise von Krankengymnasten oder Masseuren in eigenen Praxen übernommen. Die stationäre Rehabilitation wird in Krankenhäusern oder speziellen Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen durchgeführt. Die Bandbreite von drei Rehabilitationseinrichtungen reicht dabei von Spezialkliniken für bestimmte Krankheiten über Sanatorien, Kurkliniken und Schwerpunktkliniken bis hin zu Berufsbildungswerken, Berufsförderungswerken und Werkstätten für Behinderte. Während in der Primär- und Akutversorgung allein die gesetzliche Krankenversicherung der zuständige Versicherungsträger ist, kommen für Rehabilitationsleistungen verschiedene Versicherungsträger auf, neben der GKV auch die Unfall- und Rentenversicherung. Je nach Zielsetzung werden dabei drei verschiedene Rehabilitationsleistungen unterschieden. Es gibt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, wodurch möglichen Behinderungen oder potenzieller Pflegebedürftigkeit vorgebeugt werden soll bzw. diese gänzlich beseitigt werden sollen. Daneben gibt es Leistungen zur beruflichen Rehabilitation, die eine Wiedereingliederung des Patienten in das Arbeitsleben sicherstellen sollen, und letztlich Leistungen zur sozialen Rehabilitation, welche auf die Wiedereingliederung des Patienten in das soziale Umfeld und die Bewältigung der alltäglichen Anforderungen abzielen.

Schnittstellenprobleme zwischen den Sektoren

Die Gesundheits- und sozialpflegerischen Dienste haben die Aufgabe, die Fähigkeit zur selbstständigen und unabhängigen Lebensführung von Pflege- und Hilfsbedürftigen zu verbessern und diese zu betreuen. Das Leistungsspektrum reicht dabei von der Kranken-, Alten-, Haus- und Familienpflege bis hin zur hauswirtschaftlichen Hilfe und Beratung. Ambulante Pflegedienste beispielsweise betreuen kranke und hilfsbedürftige Menschen in ihrem häuslichen Umfeld, darunter hauptsächlich Alterskranke und psychisch Kranke. Die organisatorische Form der ambulanten Pflegedienste sind Sozialstationen, die in unterschiedlicher Trägerschaft stehen, z. B. die freie Wohlfahrtspflege wie die Lebenshilfe, konfessionelle Träger wie die Diakonie oder Kommunen. Diese Sozialstationen unterhalten mobile soziale Dienste, welche die ambulante Pflege und Betreuung vor Ort durchführen. Die stationäre Betreuung erfolgt durch Wohnheime, Altenheime und Pflegeheime. Während ein Großteil der Pflegeheime für die Pflege von älteren Menschen bestimmt ist, gibt es auch eine große Anzahl von Behinderteneinrichtungen. [8]

Diese organisatorische und finanzielle Unterteilung lässt erahnen, dass es bei dem Versuch einer kontinuierlichen Behandlung von Patienten häufig zu Schnittstellenproblemen zwischen Akutversorgung, Rehabilitation und Pflege kommt. Einen Teil dieser Probleme adressiert das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz vom 1.4.2007. So sollen beispielsweise ältere Menschen nicht zu früh in die Pflegeversorgung übergeben werden, sondern durch eine geriatrische Rehabilitation nach einer schweren Erkrankung möglichst lange am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Die geriatrische Rehabilitation wird dabei von der

gesetzlichen Krankenversicherung finanziert, wodurch lange und hohe Folgekosten für die Pflegeversicherung gemindert werden sollen.

2.1.4 Arzneimittelversorgung

Die Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Arzneimittelversorgung ist die Aufgabe von Apotheken. Die gesetzlichen Regelungen über den Betrieb von öffentlichen Apotheken, Krankenhaus-, Bundeswehr-, Zweig- und Notapotheken trifft das Apothekengesetz. Arzneimittel werden in Apotheken abgegeben, geprüft und teilweise auch hergestellt. Die Beratung ist eine weitere wichtige Aufgabe von Apotheken. Der Apotheker informiert den Patienten beispielweise über rezeptfreie Arzneimittel, gibt Hinweise zur Einnahme und ist Fachkundiger im Hinblick auf Wechselwirkungen und Kontraindikationen. Darüber hinaus sind Apotheker gemäß § 129 (1) SGB V dazu verpflichtet, preisgünstigere, wirkstoffgleiche Medikamente auszugeben. Im Jahre 2007 machten Arzneimittel mit einem Anteil von ca. 42 Mrd. € fast ein Fünftel der Gesundheitsausgaben (insgesamt ca. 253 Mrd. €) aus und gehören zusammen mit den Kosten für ärztliche Leistungen in Höhe von ca. 69 Mrd. € und den Kosten für pflegerische und therapeutische Leistungen in Höhe von ca. 59 Mrd. € zu einem der größten Kostenblöcke. [9]

Nicht nur aufgrund der finanziellen Bedeutung, sondern auch im Hinblick auf eine qualitativ hochwertige Arzneimittelversorgung ist der Apotheker somit ein wichtiges Glied in der medizinischen Versorgungskette.

2.2 Rechtliche Rahmenbedingungen der IV

Die rechtlichen Möglichkeiten zum Aufbau einer Integrierten Versorgung liefert der Gesetzgeber mit dem § 140a–d SGB V, der in seiner heutigen Form seit dem GKV-Modernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 besteht. § 140a des Gesetzes ermächtigt die Krankenkassen zur Vertragsschließung mit den in § 140b (1) genannten Vertragspartnern zum Zwecke einer sektorenübergreifenden, bevölkerungsbezogenen, flächendeckenden Versorgung ihrer Versicherten. Die Teilnahme der Versicherten bleibt freiwillig und die Nutzung der dokumentierten Behandlungsdaten von den teilnehmenden Leistungserbringern bedarf der ausdrücklichen Einwilligung des Patienten. Durch die Möglichkeit zum Einzelvertragsabschluss, losgelöst vom Kollektivvertrag, schafft der § 140a–d SGB V somit die Voraussetzungen für das Entstehen neuer Versorgungsstrukturen mit neuen Vergütungssystemen.

2.2.1 Vertragspartner in der IV

Die Verträge zur Integrierten Versorgung können von den gesetzlichen Krankenkassen und ihren Verbänden gemäß § 140b (1) SGB V nur mit den folgenden Vertragspartnern geschlossen werden:

- Ärzte, Zahnärzte oder deren Gemeinschaften, wenn sie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind
- Managementgesellschaften, die nicht Träger einer zugelassenen Einrichtung sind, sondern nur Verträge mit zugelassenen Leistungserbringern haben
- Träger medizinischer Versorgungszentren

- Träger zugelassener Krankenhäuser
 - stationäre Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen
 - Träger von ambulanten Rehabilitationseinrichtungen
 - Haushaltshilfen, Häusliche Pflege und Sozialtherapeuten
 - Hebammen
 - Apotheken (auch Versandapotheken)
 - Zahntechniker
 - Heil- und Hilfsmittelerbringer
 - Krankentransportunternehmen
 - Zugelassene Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen
 - Gemeinschaften der genannten Leistungserbringer
- Es können neben den hier genannten Vertragspartnern aber auch weitere Dritte beitreten, sofern alle übrigen Vertragspartner ihre Zustimmung erteilen. So wäre auch denkbar, dass eine KV bei einem Vertrag zur Integrierten Versorgung mitwirkt, auch wenn diese nicht explizit im Gesetz genannt wird. Im Hinblick auf Absatz 5 kann die abschließende Aufzählung der Vertragspartner daher allenfalls als Empfehlung bezeichnet werden.

2.2.2 Vergütung und Finanzierung in der IV

Das Gesetz schreibt keine verbindliche Form der Vergütung für die Verträge zur Integrierten Versorgung vor. Die Vertragspartner können frei wählen, ob sie in ihrem Versorgungskonzept Gehälter, Kopfpauschalen, Einzelleistungsvergütungen, Leistungskomplexe, Fallpauschalen, Faktorkostenerstattungen, eine erfolgsorientierte Vergütung oder eine Kombination der genannten realisieren wollen. Die Budgetverantwortung kann im Ganzen für eine gesamte Population von Versicherten oder in Teilbereichen von beliebigen Vertragspartnern getragen werden. Dabei sollen allerdings die Risikostruktur und Morbiditätskriterien der Versicherten berücksichtigt werden. [10]

Moral Hazard

Für gewöhnlich liegt die finanzielle Verantwortung für den Patienten alleinig bei dem zuständigen Kostenträger. Das Krankheitsrisiko ist im Prinzip der Hauptgrund für das Vorhandensein einer Krankenversicherung. Aus Steuerungsgründen, um das sogenannte Moral-Hazard-Verhalten zu minimieren, kann das Risiko aber auch aufgeteilt werden. Moral Hazard auf der Anbieterseite von Gesundheitsleistungen beschreibt das moralische Risiko bzw. Fehlverhalten, dass Leistungen vom Leistungserbringer angeboten werden, die medizinisch nicht unbedingt notwendig sind, aber das Honorar des Leistungserbringers aufbessern. Voraussetzung dafür ist, dass die Leistungen auch einzeln vergütet werden. In einer anderen Form der Vergütung, dem sogenannten Capitation-System, erhält der Arzt monatlich einen Festbetrag pro Versicherten, eine Kopfpauschale. Dadurch besteht für den Arzt nun auch ein finanzieller Anreiz, den Patienten möglichst effizient und effektiv zu behandeln, sodass die Behandlung zum einen kostengünstiger, zum anderen aber auch das Behandlungsergebnis langfristig ist. Die Gesunderhaltung des Patienten rückt damit in den Vordergrund. Je nach Größe des Patientenpools verteilt sich das Versicherten-

risiko allerdings auf eine wesentlich geringere Anzahl an Personen, folglich kann es für den einzelnen Arzt den finanziellen Ruin bedeuten, wenn sein Patientenpool eine schlechte Risikostruktur aufweist. Daher sind in der Praxis häufig bestimmte Leistungen aus der Kopfpauschale ausgegliedert oder die Kopfpauschalen nach dem Morbiditätsrisiko der Versicherten zu differenzieren. Vor allem die Health-Maintenance-Organisationen im Managed-Care-System der USA verwenden zum großen Teil die Capitation-Vergütungsform als Steuerungsinstrument. [11]

Innovationsverlangsamung ohne Anschubfinanzierung?

Mit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz aus dem Jahr 2004 wurde über die Anschubfinanzierung gemäß § 140d SGB V die Möglichkeit geschaffen, den Aufbau neuer integrierter Versorgungsformen finanziell zu fördern. In den Jahren 2004 bis 2006, verlängert bis Ende 2008, wurde von den Krankenkassen bis zu 1 % des GKV-Budgets, bestehend aus der an die Kassenärztlichen Vereinigungen zu zahlenden Gesamtvergütung und den Rechnungen der Krankenhäuser für voll- und teilstationäre Leistungen, einbehalten. Im Falle einer Budgetüberschreitung sollte dies zulasten der vertragsärztlichen Gesamtvergütung gehen. Zum Ende des Jahres 2008 lief die Anschubfinanzierung aus, seit dem Jahr 2009 sollen sich die Verträge zur Integrierten Versorgung finanziell selbst tragen.

Das Auslaufen der Anschubfinanzierung birgt die Gefahr, dass es zu einer Verlangsamung der Systeminnovation oder sogar zu einem Stillstand kommen könnte. Daher plädiert beispielsweise der Bundesverband Managed Care e. V. für die Schaffung eines Innovationsfonds, damit auch zukünftig ein „*Forschungs- und Entwicklungsbudget*“ zur Verfügung steht. [12]

Literaturverzeichnis

- [1] CDU Deutschlands: Regierungsprogramm 2009–2013, Berlin 28. Juni 2009, Online im Internet: URL: <http://www.cdu.de/doc/pdf/c/090628-beschluss-regierungsprogramm-cducsu.pdf>, Abfrage: 19.8.09
- [2] Weatherly/Seiler/Meyer-Lutterloh/Schmid/Lägel/Amelung: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren, MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007
- [3] Bundesministerium für Gesundheit: „Eckpunkte zur Gesundheits-Reform 2000 vereinbart zwischen den Arbeitskreisen „Gesundheit“ der Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen und dem Bundesministerium für Gesundheit“, 02.03.1999, Bonn, Online im Internet: URL: http://www.gesundheitspolitik.net/06_recht/gesetze/gesundheitsreform/strukturreform/c_strukturreform_01_1.htm, Abfrage: 10.6.09
- [4] Preusker, Uwe K.: Das deutsche Gesundheitssystem verstehen – Strukturen und Funktionen im Wandel, Economica, Heidelberg u. a. 2008
- [5] Carels, Jan/Pirk, Olaf: Springer Wörterbuch Gesundheitswesen – Public Health von A bis Z, 2. Aufl., Springer, Berlin Heidelberg 2005
- [6] Hellmann, W.: Integrierte Versorgung mit klinischen Pfaden erfolgreich gestalten, ecomed MEDIZIN, Hannover 2005
- [7] Müller, Susanne/Köppl, Bernd: Medizinische Versorgungszentren: Nicht alle Erwartungen bestätigt, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 105, Heft 47, 2008, Deutscher Ärzte-Verlag, S. 2500–2504
- [8] Beske F./Hallauer J. F.: Das Gesundheitswesen in Deutschland – Struktur – Leistung – Weiterentwicklung, 3. Aufl., Deutscher Ärzte-Verlag, Köln 1999
- [9] Statistisches Bundesamt: Gesundheitsberichtserstattung des Bundes: Ad-hoc Tabelle zu den Gesundheitsausgaben in Deutschland nach Art der Leistung, Online im Internet: URL: <http://www.gbe-bund.de>, Abfrage: 14.8.09
- [10] Wagner, Karin/Lenz, Immo: Erfolgreiche Wege in die Integrierte Versorgung, 1. Aufl., Kohlhammer, Stuttgart 2007
- [11] Greiner, W./Schulenburg J.-M.: Gesundheitsökonomik, 2. Aufl., Mohr Siebeck Tübingen, 2007
- [12] Amelung/Meyer-Lutterloh/Schmid/Seiler/Lägel/Weatherly: Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren, 2. Aufl., MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2008



SENECA
Medizintechnische Beratungsges. mbH

Salierstraße 5 · 76829 Landau
Tel.: 0 63 41/94 59 56
Fax: 0 63 41/3 47 00 40
e-Mail: info@senecamedical.de
www.senecamedical.de



MTK Koffer – Das Original
zur Kalibration und Überprüfung
Ihrer Blutdruckmessgeräte
Messaufbau nach DIN EN 1060

Prof. Dr. rer. oec. Michael Greiling
Institut für Workflow-Management im Gesundheitswesen
(IWIG) GmbH
An-Institut der Fachhochschule Gelsenkirchen
Neidenburger Straße 43
D-45877 Gelsenkirchen
michael.greiling@iwig-institut.de