



Weltgesundheitsstag

2006: Menschen für Gesundheit – Die Gesundheitsberufe

„Die Integrierte Versorgung: Ein Überblick aus Sicht der GKV“

Dr. Doris Pfeiffer

1. Einleitung

Integrierte Versorgung bietet Möglichkeiten, Versorgungsdefizite vergleichsweise unkompliziert außerhalb der normalen Versorgungs- und Vertragsstrukturen durch neue strukturelle Ansätze zu beseitigen. Integrierte Versorgung ist dabei angewiesen auf die konstruktive Mitarbeit aller am Versorgungsprozess beteiligten Gesundheitsberufe. Integrierte Versorgung verlangt von den Beteiligten aber Engagement, Frustrationstoleranz und Offenheit für neue Entwicklungen. Neue Versorgungsansätze entstehen nicht von allein und sofort, sondern nur durch langfristige Mitwirkung derjenigen, die die Versorgung durchführen. Neue Vertragsstrukturen setzen u.a. voraus, dass die Gesundheitsberufe ihre Qualität transparent werden lassen und die Behandlung der Patienten von dem jeweils genutzten Versorgungsangebot differenzieren. All dies erlaubt und verlangt integrierte Versorgung.

Mit der Gesundheitsreform Anfang 2005 (Gesundheitsmodernisierungsgesetz GMG) haben sich die Rahmenbedingungen für die integrierte Versorgung erheblich verbessert. Geblieben sind allerdings die Ziele:

- sektorübergreifende Versorgung durch Kooperation der beteiligten Leistungserbringer
- patientenschonendere Versorgung durch abgestimmte Behandlungsketten
- Qualitätsverbesserung durch Beachtung einheitlicher medizinischer Leitlinien und Konzentration auf besonders qualifizierte Leistungserbringer
- verbesserte Wirtschaftlichkeit durch gezielte Diagnostik und Therapie

Mit diesen Zielen ist es den Krankenkassen gelungen, bis Ende 2005 fast 2.000 Verträge abzuschließen, die ein (beabsichtigtes) Vergütungsvolumen von fast 500 Mio. Euro p.a. umfassen. Etwas mehr als die Hälfte der Verträge wurde von einzelnen Kassen abgeschlossen; die restlichen Verträge kamen im Zusammenspiel mehrerer Kassen zustande – in unterschiedlichsten Zusammensetzungen.

Fast zwei Drittel der Verträge beziehen das Krankenhaus allein oder mit anderen Beteiligten in die integrierte Versorgung ein. In etwa 40% der Verträge sind niedergelassene Ärzte als Vertragspartner beteiligt.

Insgesamt stellen diese Zahlen ein eindrucksvolles Zeugnis für die Innovationskraft des Gesundheitswesens aus. Jeder Vertrag hat die Lösung eines Versorgungsproblems zum Inhalt und lässt die Beteiligten neue Wege außerhalb der ausgetretenen Pfade beschreiten.

2. Weiterer Reformbedarf

Dennoch verbinden sich mit der integrierten Versorgung noch eine Reihe von Problemen und Hindernissen, deren Beseitigung diesem neu entstehenden Versorgungssektor noch mehr Auftrieb geben könnte.

Insbesondere sind in diesem Zusammenhang drei Bereiche zu nennen:

Arzneimittelversorgung

Obwohl in der Arzneimittelversorgung ohne Qualitätseinbußen sicherlich die größten Effizienzreserven zu heben wären, spielt dieser Bereich in der derzeitigen Ausgestaltung der integrierten Versorgung nur eine vergleichsweise unbedeutende Rolle.

- Die Preisgestaltung der Arzneimittel und die Arzneimitteldistribution sind nicht Gegenstand der integrierten Versorgung. Die an sich mögliche Koppelung mit Rabattverträgen der Krankenkassen ist nur bei größeren Projekten möglich und spielt deshalb eher

eine untergeordnete Rolle. Am ehesten findet im Rahmen des BARMER-Hausarztvertrags eine entsprechende Verbindung statt, weil dort die Hausärzte für die Verordnung rabattierter Arzneimittel sensibilisiert werden können.

- Die Nutzung der freien Preisgestaltung bei Arzneimitteln bei Abgabe im Krankenhaus erfolgt nicht, da die Abgabe auch in der integrierten Versorgung auf Krankenhauspatienten beschränkt ist.
- Eine Einbeziehung von Apotheken in integrierte Versorgungsprojekte ist kaum möglich, da entsprechende Angebote zunächst immer ausgeschrieben werden müssen.

Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation spielt bei der sektorübergreifenden Versorgung grundsätzlich eine wichtige Rolle. Etwa ein Drittel aller Integrationsverträge behandelt deshalb auch diesen Versorgungsbereich.

Leider können andere Kostenträger als die gesetzliche Krankenversicherung nicht an Integrationsverträgen beteiligt werden. Dies verhindert zwar nicht die Durchführung der Integrationsverträge, stellt aber dennoch einen Bruch in der Versorgungskette dar. Die Rentenversicherung z.B. bemüht sich, die Patienten schnell und unkompliziert mit Leistungen zu versorgen. Es kann allerdings nicht sichergestellt werden, dass die eigentlich an der Integrationsversorgung beteiligte Rehabilitationseinrichtung in Anspruch genommen werden kann.

Außerdem sinkt der Anreiz für die beteiligten Leistungserbringer, da die ökonomischen Regelungen (in der Regel sektorübergreifende Fallpauschalen, die die durch die Integration entstehenden Effizienzgewinne abbilden) nur bei Patienten zur Anwendung kommen können, bei denen die GKV auch Rehabilitationsträger ist. Es wäre wünschenswert, eine vertragliche Einbindung auch anderer Kostenträger in Integrationsversorgungen mit rehabilitativem Anteil vornehmen zu können.

Pflegeversicherung

Ein breites Anwendungsgebiet für die integrierte Versorgung würde sich auf tun, wenn die Verhinderung von Pflegebedürftigkeit eine Zielgröße entsprechender Verträge werden könnte. Tatsächlich ist es jedoch so, dass ökonomische Anreize für die GKV hier fehlen: Pflegebedürftigkeit wird durch die Pflegekassen abgesichert.

Es wäre zu überlegen, ob sich die Pflegeversicherung inhaltlich und ökonomisch an Integrationsverträgen beteiligen können sollte. Inhaltlich könnte die Pflegeversicherung z.B. Verträge besonders fördern, die Indikationen abdecken, die oft Pflegebedürftigkeit nach sich ziehen. Eine ökonomische Beteiligung könnte in dem Ausmaß ersparter Aufwendungen für die Pflegebedürftigkeit gesehen werden. Damit würden die Voraussetzungen dafür geschaffen, ein drängendes Problem einer alternden Bevölkerung mit Hilfe der integrierten Versorgung ein wenig einzudämmen.

3. Bewährtes erhalten

Obwohl die integrierte Versorgung in der jetzigen Ausprägung noch nicht über eine lange Historie verfügt, haben sich doch einige Rahmenbedingungen schon jetzt bewährt. An ihnen sollte festgehalten werden.

Anschubfinanzierung

Die Anschubfinanzierung hat die ökonomischen Voraussetzungen der integrierten Versorgung nicht nur erleichtert, sondern in vielen Fällen überhaupt erst geschaffen. Gerade anspruchsvollere Projekte der integrierten Versorgung können nicht von Anfang an rund laufen. Vorlaufzeiten und Anlaufprobleme sind zu bewältigen, für deren Finanzierung in der Vergangenheit den Krankenkassen einfach das Geld fehlte. Durch die in ihrem Ausmaß begrenzte Umlenkung von Finanzströmen aus der Regel- in die Integrationsversorgung hat sich das geändert. Und obwohl viele Bedenken gegen die Anschubfinanzierung geltend gemacht wurden, hat sich das Verfahren doch insgesamt bewährt. Da zudem das

Geld nicht in die Spardose der Kassen wandert, sondern ohnehin nur einbehalten werden kann, wenn es unmittelbar wieder für die integrierte Versorgung ausgegeben wird, handelt es sich nicht um eine Verringerung der Finanzierungsbasis für die Versorgung, sondern lediglich um eine Umschichtung.

Die Regelungen zur Anschubfinanzierung müssen vor diesem Hintergrund verlängert werden, und zwar nicht nur um ein Jahr, sondern mindestens so lange, bis die neuen Vergütungssysteme im ambulanten und stationären Bereich fertig sind und damit ein Finanztransfer zwischen Regel- und Integrationsversorgung leichter möglich sein wird.

Rolle der Kassenärztlichen Vereinigungen

Kassenärztliche Vereinigungen dürfen nicht unmittelbarer Vertragspartner der Integrationsversorgung sein, und das ist gut so. Zwar hat diese gesetzliche Änderung anfangs zu spürbarer Verunsicherung und Zurückhaltung bei den Vertragsärzten geführt, die sich auf einmal den Krankenkassen erstmals seit vielen Jahren direkt gegenüber sahen. Doch in der Zwischenzeit erlebt man eine größere Selbständigkeit und höheres Selbstbewusstsein, so dass die Kassenärztliche Vereinigung in der Regel nicht vermisst wird.

Den Kassenärztlichen Vereinigungen hat diese Situation gut getan und den Transformationsprozess zum Dienstleister beschleunigt. KVen sind nämlich weiterhin beteiligt an der integrierten Versorgung: sie stellen Beratungsleistungen zur Verfügung oder agieren als abrechnende Stelle für Integrationsleistungen. Immer aber werden sie hier nicht als Körperschaft, sondern als Dienstleistungsunternehmen tätig, was ihre Wahrnehmung durch ihre eigenen Mitglieder und die anderen Beteiligten im Gesundheitswesen verbessert.

4. Fazit

Integrierte Versorgung hat Kreativkräfte im Gesundheitswesen freigesetzt, die weiter gestärkt werden müssen, um die Anpassung der Versorgungsstrukturen an sich ändernde Rahmenbedingungen voranzutreiben. Notwendig dafür sind jedoch weitere, mutige Reformschritte.

Dr. Doris Pfeiffer

Verband der Angestellten-Krankenkasse e.V.
Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V.
Frankfurter Straße 84, 53721 Siegburg
Tel.: 02241/ 108221, E-Mail: pfeiffer@vdak-aev.de
www.vdak-aev.de