

Verband der Krankenhausdirektoren Deutschlands eV

Integrierte Versorgung

Zwischenbilanz nach 11 Monaten Praxis

Vorgehensweise

1. Warum neue Versorgungsangebote?
2. Welche besondere Bedeutung hat Integrierten Versorgung?
3. Wie verändert die Integrierte Versorgung die Gesundheitswirtschaft?
4. Welche Gestaltungsmöglichkeiten öffnet die Integrierte Versorgung?

HEINZ KÖLKING Vortrag Medizinhema 2011/04 FOLIE 1

IV – Zwischenbilanz nach 11 Monaten Praxis. Ich möchte hier die eigenen Erfahrungen und Wahrnehmungen darstellen und möchte dies anhand bestimmter Merkmale der IV versuchen zu tun.

1 Warum neue Versorgungsangebote ?

Mit der Verabschiedung des GMG in 2003 gibt es seit dem 1.1.2004 ein beachtliches Spektrum an Möglichkeiten, das medizinische Leistungsangebot im weitesten Sinne neu und damit abweichend zu traditionellen Versorgungsformen in der sog. Regelversorgung zu gestalten.



Neben der zunehmend gewollten Überwindung der Sektorengrenzen verspricht sich die Politik von diesen Änderungen eine zunehmende Dynamik im Leistungsgeschehen mit mehr Qualität und Wirtschaftlichkeit. Die Erreichung dieser Ziele dürfte unstreitig eine notwendige Bedingung dafür sein, dass die Versorgung der Bevölkerung unter den demographischen Herausforderungen einerseits und dem Medizinischen Fortschritt andererseits in der Zukunft überhaupt gesichert werden kann. Unstrittig dürfte auch sein, dass ein zusätzliches Wachstum in der Gesundheitswirtschaft nur dann zu verantworten ist, wenn es gelingt, vorhandene systembedingte Verschwendung deutlich zu reduzieren. Die Ursachen für eine solche Verschwendung liegen insbesondere einerseits in falschen Anreizen und sich daraus ergebenden strukturellen Fehlentwicklungen und andererseits in der Trennung des Leistungsangebotes in Sektoren.

2 Welche besondere Bedeutung hat die Integrierte Versorgung?

Schaut man sich die neuen Möglichkeiten an, die das GMG geschaffen hat, so kann aus heutiger Sicht der Integrierten Versorgung die größte Bedeutung zugemessen werden. Anzunehmen ist auch, dass die Integrierte Versorgung die weiteren neuen Versorgungsformen mit umfassen kann und wahrscheinlich auch wird. So können andere neue Versorgungsformen, wie das Medizinische Versorgungszentrum oder hochspezialisierte Leistungen eines Krankenhauses in ein

IV-Konzept Eingang finden. Ebenso wird es nahe liegend sein, die Disease-Management-Programme über Integrierte Versorgungskonzepte vertraglich zu regeln.

3 Wie verändern die neuen Angebote die Gesundheitswirtschaft?

Die Auswirkungen sind mehrdimensional. Zum einen erlauben es die neuen Bedingungen, wenn auch mit erheblichen Einschränkungen, über die bisher streng abgeschotteten Sektorengrenzen hinaus tätig zu werden. Zum anderen gibt es Möglichkeiten, sektorenübergreifend mit verschiedenen Leistungsanbietern Leistungskomplexe zu definieren, und diese mit einer Krankenkasse zu vereinbaren und abzurechnen.

Voraussetzung für den Erfolg ist allerdings der Wettbewerb. Wettbewerb zwischen Leistungserbringern einerseits und zwischen Krankenkassen andererseits. Eine weitere Voraussetzung muss sein, dass die in der sog. Regelversorgung verbleibenden Leistungen die Budgetierung überwinden. Dazu ist wiederum Voraussetzung, dass die Vergütungssysteme auch dort leistungsorientiert gestaltet werden. Diese Systeme müssen die Anreize für Qualität und Wirtschaftlichkeit (Effizienz und Effektivität) so setzen, dass Leistung und Rationalisierung (**nicht Rationierung!**) belohnt werden.

4 Welche Gestaltungsmöglichkeiten öffnet die Integrierte Versorgung

4.1 Verknüpfung von Leistungen

Es geht darum, unterschiedliche Leistungen von mehreren Leistungserbringern in ein Gesamtprodukt zu packen. Dies können Leistungen von verschiedenen Leistungserbringern in den unterschiedlichen Sektoren (Ambulante Versorgung, Stationäre Versorgung, Rehabilitation, Heilmittelversorgung, Arzneimittelversorgung, Transport, Management) sein. Das gesamte Leistungspaket kann sich sowohl auf Arbeitsteilung (z. B. die Versorgung einer bestimmten Bevölkerungsgruppe) als auch auf die Verteilung der Leistungssegmente in einem zeitlichen Behandlungsverlauf beziehen (z. B. die Behandlung einer komplexen Erkrankung, die über einen längeren Zeitraum den Einsatz unterschiedlicher Expertisen erfordert).

Voraussetzung für das Schnüren von Leistungskomplexen ist zum einen eine **Standardisierung der Leistungen** verbunden mit einer entsprechenden **Homogenität des Aufwandes** und andererseits eine **ausreichende Menge**, die eine Standardisierung rechtfertigt.

Besondere Bedeutung kommt der notwendigen Koordination des komplexen Leistungsumfangs zu. Dies gilt zum einen in der

Entwicklung entsprechender Behandlungs- bzw. Versorgungsprogramme und deren Verhandlung mit den Krankenkassen. Darüber hinaus ist nach Vertragsabschluss sicherzustellen, dass die Leistungen inhaltlich und zeitlich koordiniert werden und die Kommunikation der Beteiligten funktioniert. **Der Managementfunktion kommt damit eine herausragende Rolle zu.** Es ist anzunehmen, dass sich dieser Bereich zunehmend professionalisieren wird und in sog. **Managementgesellschaften** mündet, die Leistungspakete zusammenstellen und diese den Krankenkassen anbieten.

Wahrnehmung:

- Komplexität und Praktikabilität
- Aufwand bei der Entwicklung
- Administrierbarkeit / Steuerbarkeit

4.2 Leistungsumfang



Die Art der jeweiligen Komplexleistung und der damit verbundene Umfang von Einzelleistungen können sehr unterschiedlich sein. Sie können auf eine bestimmte Indikation (z.B. der Hüftgelenksersatz), auf eine bestimmte Grunderkrankung (z. B. der Diabetes) oder gar auf die Versorgung einer bestimmten Personengruppe ausgerichtet sein.

Ebenso kann das Spektrum der Leistungen eher eng auf die rein medizinische Leistung ausgerichtet sein oder aber sehr weitgehend unter Einbeziehung der Heilmittelversorgung, der Rehabilitation und Pflege. Es ist augenscheinlich, dass die Integrierte Versorgung als Komplexleistung die Anreize grundlegend verändert. Im Gegensatz zur Vergütung von Einzelleistungen ist der Leistungserbringer nicht daran interessiert, mehr Leistungen zu erbringen, als dies für den nachhaltigen Erfolg der Behandlung notwendig ist. Man kann

dies versuchen durch Maßnahmen der externen Qualitätssicherung zu kontrollieren.

Allerdings können hier auch vermehrt Instrumente der **Selbststeuerung** greifen, wenn man vertraglich dafür Sorge trägt, dass Minderqualität zum Schaden der Leistungsanbieter führt. Hierzu zählen beispielsweise das Tragen der Kosten von Komplikationen oder die Vereinbarung von Garantieleistungen.

Wahrnehmung:

- Wie sehen heute die Verträge aus?
- Leistung, Koordination, Vorbereitung
- Beratung
- Garantieleistungen
- Beispiele
 - Endoprothetik
 - Kardiologie
 - Beispiel Hüfte in ROW
 - Beispiel Behindertenversorgung
 - Psychiatrie

4.3 Morbiditätsrisiko



Verträge zur Integrierten Versorgung können auch die Verlagerung eines Teils des Morbiditätsrisikos beinhalten. Dies ist heute noch Zukunftsmusik, aber durchaus denkbar, wenn Leistungserbringer über Managementgesellschaften derartige Risiken über große Teilnehmerzahlen darstellen können

Aber auch die Übernahme von Garantieleistungen sind neue Entwicklungen, Risiken auf die Leistungserbringer zu übertragen. Primär will man damit eine Selbststeuerung zur Qualitätssicherung erreichen. Der Anreiz für die Leistungserbringer, eigene Qualitätssicherung zu betreiben, ist mit solchen Regelungen ungleich größer.

Wahrnehmung:

- Garantieleistung
- Risiken (Hochkostenfälle, Epidemien)

4.4 Leistungsmengen

Die Leistungserbringer in einem Integrierten Versorgungsvertrag sind zwar einerseits bestrebt, so viele Komplexleistungen zu produzieren, wie dies von der Gesamtkapazität her möglich ist. Da dies nunmehr außerhalb der Regulierung von Budgetrestriktionen geschehen kann, ist eine betriebswirtschaftliche Kalkulation möglich, die eine erfolgsorientierte Ausrichtung erlaubt.

Andererseits wird es nicht im Interesse der Leistungserbringer liegen, innerhalb der Komplexleistung unnötig viele Einzelleistungen zu erbringen, da dies nur zusätzliche Kosten, aber keine zusätzlichen Erlöse bedeutet. Bei der Bemessung der Art und Zahl der Einzelleistungen der verschiedenen Leistungserbringer im Integrierten Netz wird man sich an Qualitätskriterien orientieren, wie diese im Idealfall in einem Behandlungspfad festgelegt worden sind.

Aus der Sicht des Patienten bzw. der Krankenkassen verhindert der Integrierte Versorgungsvertrag eine unkontrollierte Leistungsausweitung über verschiedene Leistungserbringer bzw. Versorgungssektoren hinaus.

Wahrnehmung:

- Abgrenzung zum Budget
- Einschreibung
- Steuerungskriterien

4.5 Qualitätswirkungen



Leistungen der Integrierten Versorgung werden vertraglich vereinbart und unterliegen weitestgehend dem Wettbewerb. Wenn dies so ist, haben die Leistungserbringer ein vitales Eigeninteresse an der Qualität der Leistungen und der Ergebnisse. Wenn darüber hinaus noch eine Garantie vereinbart wird, dürfte dieses Eigeninteresse an der Ergebnisqualität noch weiter zunehmen.

Ebenso ist davon auszugehen, dass die Krankenkasse wie auch eine ggf. zwischengeschaltete Managementgesellschaft ein elementares Interesse daran hat, die Akteure in einem Integrierten Netz unter Qualitätsgesichtspunkten auszuwählen. Zusätzlich können zwischen den Vertragspartnern bestimmte qualitätssichernde Vereinbarungen getroffen werden.

Eine weitere qualitätssteigernde Wirkung geht von der integrativen Wirkung der vertraglich definierten und vereinbarten Zusammenarbeit der unterschiedlichen Akteure aus.

Konzeptionelle Abstimmung der gesamten Behandlung, direkte

Kommunikation über einen Fallmanager bringen nicht nur Effektivität und Effizienz, sondern erhöhen die Prozess- wie auch die Strukturqualität der gesamten Leistung bzw. des Netzes.

Unter Qualitätsgesichtspunkten eher nachteilig könnte von Patienten bewertet werden, dass der Zugang zu Fachärzten eingeschränkt und darüber hinaus die freie Arztwahl aufgegeben wird.

Wahrnehmung:

- **Wenig Erfahrung**

4.6 Kostenentwicklung



Aus Sicht der Krankenkasse bzw. des Patienten können die Gesamtbehandlungskosten reduziert werden, ohne die Qualität der Leistungen der Akteure zu vermindern. Vielmehr ist zu erwarten, dass durch integrative Wirkung auf die Struktur und auf die Prozesse die Qualität steigt. Im ersten Schritt werden die Nahtstellen bei den Prozessen neu geordnet und es folgt eine Strukturwirkung durch Neuausrichtung und ggf. ein Abbau der Kapazitäten. Die Wirkungsmechanismen zu mehr Qualität, Effizienz und Effektivität können schwerpunktmäßig wie folgt zusammengefasst werden:

- **Anreizwirkung:** Die Akteure haben selbst ein Interesse daran, die Leistungen auf ein notwendiges Maß auszudehnen, aber auch zu begrenzen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass eine optimale Prozessorganisation über die gesamte Behandlungskette hinweg gewährleistet wird. Diese Veränderung wird unmittelbar Kosten reduzieren.

- **Strukturwirkung:** Die Anreize zur Selbstregulierung werden spätestens mittelfristig zu einer Veränderung der Strukturen führen. Doppelvorhaltungen in unterschiedlichen Sektoren werden abgebaut. Weniger ist mehr! Die abgebauten Kapazitäten führen zur deutlichen Reduzierung der Vorhaltekosten.

Wahrnehmung: bisher wenig Erfahrungen

4.7 Erlösentwicklung



Geld folgt der Leistung. Leistung wird vereinbart und messbar und steht für Qualität in den Strukturen, in den Prozessen und in den Ergebnissen. Im Gegensatz zur leistungsfeindlichen sektoralen Bezahlung mittels Einzelleistungsvergütung und Budgetierung wird erfolgreiche Arbeit honoriert. Diese Anreize bringen Dynamik und bieten den Leistungsanbietern die Chance, im Wettbewerb die Strukturen und Prozesse effizient und effektiv zu organisieren.

Wahrnehmung:

- Budgetwirkung
- 1 % - Abzug
- Entgeltverhandlung

4.8 Strukturwirkungen



Die Dynamik wird die Strukturen in der Gesundheitswirtschaft grundlegend verändern. Leistungsanbieter werden sich zusammenfinden und gemeinsam die bisherigen Sektoren überwindende Leistungsangebote definieren und die dafür notwendigen Strukturen zusammenführen und die Prozesse aufeinander abstimmen. Krankenkassen werden sich leistungsstarke Vertragspartner für Ihre Versicherten suchen. Vorhandene Überkapazitäten werden abgebaut. Gleichzeitig findet über den Qualitäts- und Preiswettbewerb ein Konzentrationsprozess statt.

Wahrnehmung:

- Deutlich spürbar
- Allerdings noch viele Fragezeichen?

4.9 Vergütungsformen



Die Art und Weise von Vergütungen in der Gesundheitswirtschaft hat erhebliche Auswirkungen auf die Akteure und das Verhalten. Die tradierten Formen der Vergütungen zeigen deutlich, wie sehr Fehlanreize zu „Fehlverhalten“ im Hinblick auf gesundheitsökonomische Ziele führen und diese Fehlentwicklungen zu gefestigten Strukturen führen. Beispiele dafür sind Einzelleistungsvergütung verbunden mit der unseligen budgetierten Gesamtvergütung im vertragsärztlichen Bereich, die Vergütung mit tagesgleichen Pflegesätzen im stationären Bereich der Akutversorgung oder auch die derzeit noch praktizierte Budgetdeckelung. Deshalb ist es notwendig, Vergütungsformen zu finden, die eine ausreichende, leistungsorientierte und zielorientierte Finanzierung von Gesundheitsdienstleistungen ermöglicht. Geld muss der Leistung folgen. Leistung in diesem Sinne muss sich an Qualitätskriterien orientieren und damit auch sicherstellen, dass Effizienz und Effektivität gesichert werden. Folglich ist das Vergütungssystem so auszulegen, dass die

Leistungserbringer selbst ein Interesse daran haben, gute Qualität, Effizienz und Effektivität zu liefern. Also einerseits die Bemessung der Einzelleistungen so vorzunehmen, dass die Ergebnisqualität gesichert ist, andererseits aber auch auf jede unnötige Leistung zu verzichten und die Prozesse so weit möglich zu rationalisieren.

Um diese Ziele zu erreichen, erscheinen pauschalierte Vergütungsformen sehr zweckmäßig. Die einfachere Form ist die Komplexpauschale für bestimmte Behandlungskomplexe. Als Beispiel sei hier die Vergütungspauschale für eine Hüftendoprothese genannt. Eine deutlich weitergehende Form der pauschalierten Vergütung ist die Kopfpauschale, die für die Gesamtversorgung von eingeschriebenen Versicherten eingesetzt werden kann. Die Verwendung von pauschalierten Entgelten ist im Hinblick auf die Anreizfunktion augenscheinlich vorteilhaft, birgt jedoch dafür nicht unerhebliche Problematiken in sich. Für den Einsatz von pauschalierten Entgelten bedarf es einer dezidierten Kalkulationsbasis unter Einbeziehung der Risiken, die sich aus dem Behandlungsverlauf, dem Heilungsprozess und ggf. dem Morbiditätsrisiko. Letzteres insbesondere beim Einsatz von Kopfpauschalen. Eine nicht ausreichende oder gar falsche Kalkulationsbasis und eine Fehleinschätzung der Risiken würde unweigerlich zu Fehlentwicklungen führen, wie zum Beispiel zur Diskriminierung oder zu „Rosinenpickerei“.

5 Zusammenfassung

- 5.1 Die Integrierte Versorgung ist angelaufen. Es gibt schon viele gute Beispiele.
- 5.2 Es gibt auch negative Entwicklungen, die weniger die Qualität, dafür aber mehr das Drücken der Preise im Focus haben.
- 5.3 Hervorzuheben ist die Bedeutung des hausindividuellen Basisfallwertes für die Preisverhandlung.
- 5.4 Integrationsverträge machen Sinn, wenn wirklich integriert wird und damit positive Effekte auf Qualität und Wirtschaftlichkeit verbunden sind.
- 5.5 Voraussetzung für eine zweckmäßige Umsetzung sind Standardisierbarkeit der Leistungen und/oder eine ausreichende Zahl von eingeschriebenen Patienten.
- 5.6 Es werden hohe Anforderungen an die Managementfunktion gestellt (Koordination, Kommunikation etc.).
- 5.7** Managementgesellschaften werden zunehmend an Bedeutung gewinnen.