

S. Silber

Argumente für die Integrierte Versorgung als Regelversorgung in der Kardiologie

Arguments in favor of Integrated Health Care as regular health care provision in cardiology

■ **Summary** Patients are not outpatients or inpatients, they are ill or healthy. Integrated Health Care provides a real chance to bring scientific innovations quickly from the laboratory to patients – and being paid for that. Although guidelines therefore are no compulsory exercise, they are tools to implement evidence-based use of innovative medical means.

Health care providers should be reluctant to agree in guarantees for the success of medical therapies, since medical decisions may be influenced in different ways by that. Bureaucracy may hinder the

spreading of Integrated Health Care; therefore simple regulations should be preferred. Reimbursement should not be designed according to conventional systems for outpatient or inpatient care, but as defined sums of money. That makes people sure to know what kind of contract they have agreed in.

■ Key words

Integrated Health Care – bureaucracy – structures – guarantee – sectors

■ **Zusammenfassung** Patienten sind nicht ambulant oder stationär, sie sind gesund oder krank. Die integrierte Versorgung bietet eine reelle Chance, wissenschaftliche Innovationen schnell aus dem Forschungslabor zum Patienten zu bringen und hierfür eine geeignete Bezahlung bereitzustellen. Leitlinien sind deshalb keine Pflichtübungen, sondern Instrumente, den evidenzbasierten Gebrauch innovativer medizinischer Verfahren regelrecht zu implementieren.

Leistungserbringer sollten zurückhaltend sein, Gewährleistungsversprechen für den Erfolg medizinischer Behandlungen abzugeben, da nicht geklärt ist, in welchem Ausmaß medizinische Entscheidungen hierdurch beeinflusst werden können. Ein wesentlicher Hinderungsgrund für die weitere Verbreitung von Integrierter Versorgung kann die Bürokratie darstellen; aus diesem Grund sollten einfache, übersichtliche Regelungen bevorzugt werden. Die Bezahlung für Integrierte Versorgung sollte nicht entlang der konventionellen Systeme der ambulanten oder stationären Vergütung erfolgen, sondern als definierte Beträge, die für alle Leistungserbringer und Patienten transparent sind. Dieses würde insbesondere sämtliche Vertragsteilnehmer in den Stand versetzen, zu übersehen und vergleichen zu können, in welche Verträge sie eingewilligt haben.

■ Schlüsselwörter

Integrated Health Care – Bürokratie – Strukturen – Gewährleistung – Sektoren

Prof. Dr. med. Sigmund Silber (✉)
F.A.C.C., F.E.S.C.
1. Vorsitzender des Bundesverbandes
Niedergelassener Kardiologen e.V. (BNK)
Kardiologische Gemeinschaftspraxis
und Praxisklinik
Am Isarkanal 36
81379 München
Tel.: 089/7421 51 30
E-Mail: sigmund@silber.com

Mit In-Kraft-Treten der Gesundheitsreform zum 01. 01. 2004 (GKV-Modernisierungsgesetz, GMG SGB V) wird die schon seit Jahren bestehende Möglichkeit der Integrierten Versorgung neu definiert und als *eine der möglichen* Versorgungsformen vom Ge-

setzgeber vorgeschlagen. Seit In-Kraft-Treten des GMG gibt es zahlreiche Befürworter, aber auch Gegner und viele Unentschlossene hinsichtlich dieser neu definierten integrierten Versorgungsform. Ziel dieses Beitrages ist es, im Rahmen einer Pro-und-

Kontra-Diskussion die Argumente darzulegen, die für die Integrierte Versorgung als Regelversorgung der Zukunft in der Kardiologie sprechen.

Alte und neue Versorgungsformen

Die klassische Struktur der Leistungserbringer (Ärztinnen/Ärzte) und ihrer Versorgungsformen ist die sektorale Trennung von ambulanter und stationärer Versorgung (s. Tab. 1): Die ambulante Versorgung wird von niedergelassenen Leistungserbringern (Einzelpraxis, Gemeinschaftspraxis oder Praxisgemeinschaft) erbracht, die stationäre Versorgung erfolgt im Krankenhaus. Die klassische Schnittstelle zwischen ambulanter niedergelassener und stationärer krankenhausärztlicher Patientenversorgung stellt seit jeher das Belegarztsystem dar, welches gleichzeitig mit einer Säule im EBM, mit der anderen im DRG-System verankert ist.

Im GMG sind als neue Leistungserbringer die medizinischen Versorgungszentren (MVZ) hinzugekommen, analoge Praxisstrukturen (Zweigpraxen) sind mit Genehmigung der Ärztekammern geplant. Die MVZ entsprechen ihrem Wesen nach etwa einer fachübergreifenden Gemeinschaftspraxis und werden von den Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) zunächst auch so gehandhabt.

Neue Versorgungsformen im GMG sind die Integrierte Versorgung (IV), die Disease-Management-Programme (DMP), hausarztzentrierte Versorgungsformen und Sondermodelle. Die Teilnahme an IV, DMP, Hausarzt- und Sondermodellen ist sowohl von Seiten der Ärzteschaft als auch der Patienten freiwillig.

Die hausarztzentrierte Versorgung ist in § 73 b SGB V geregelt: Versicherte können sich freiwillig

verpflichten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung ihres Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Oft werden hausarztzentrierte Versorgung, DMP und IV vermischt oder gar verwechselt, sie sind jedoch als unterschiedliche Versorgungsformen anzusehen: Während die DMP in §§ 137 ff („Strukturierte Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten“) geregelt sind, ist die IV in §§ 140 a–d beschrieben. Im DMP kommt der KV eine zentrale Rolle zu, während der Gesetzgeber der KV bei der IV eine eher untergeordnete bis gar keine Rolle zuordnet. Die Aufteilung in ambulante und stationäre Sektorierung bleibt beim DMP unverändert bestehen, während die IV im Idealfall sektorübergreifend wirkt. DMP und IV gemeinsam ist die „Optimierung“ der Patientenversorgung durch Empfehlung bzw. Orientierung an Leitlinien. Während ein DMP für die Krankenkassen durch seine Bindung an die Risikostrukturausgleichsverordnung (RSAV) attraktiv ist, wird die IV für die vom Gesetzgeber vorgeschriebene Anschubfinanzierung zu je 1% aus dem ambulanten und dem stationären Sektor zuwege gebracht. Sollten diese 2×1% aufgebraucht sein, erfolgt die darüber hinausgehende Finanzierung ausschließlich aus Geldern der KV, die dann der klassischen kassenärztlichen Versorgung entzogen werden.

Definition der Integrierten Versorgung

§§ 140 a–d SGB V beschreiben die Struktur der Integrierten Versorgung (IV), die Möglichkeiten der Vertragsgestaltung, Vergütung und die Anschubfinanzierung (s. o.). Allerdings ist der Gesetzestext bei genauem Durchlesen sehr vage gehalten: Weder die Organisationsstrukturen noch der Vergütungsmodus

Tab. 1 Alte und neue Strukturen der Patientenversorgung in Deutschland

Leistungserbringer (Ärztinnen/Ärzte)		Versorgungsformen	
Alt	Neu	Alt	Neu
Ambulant: ■ Einzelpraxis ■ Gemeinschaftspraxis ■ Praxisgemeinschaft	■ MVZ (medizinisches Versorgungszentrum) und ähnliche Strukturen	Struktur ■ Ambulant ■ Stationär	■ IV-Vertrag (Integrierte Versorgung) ■ DMP (Disease-Management-Programm) ■ hausarztzentrierte Versorgung ■ Sondermodelle
Belegarztsystem Stationär: ■ Krankenhaus		Versicherung ■ Gesetzlich ■ Privat	„Bürgerversicherung“ „Gesundheitsprämie“

sind vom Gesetzgeber genauer definiert. Somit wird die IV oft als „Spielwiese“ für neue Strukturen angesehen. Möglicherweise wollte sich der Gesetzgeber auch nicht festlegen, um uns den Einstieg in die IV zu erleichtern.

Die verschiedenen Strukturen der IV werden oft mit den Schlagwörtern „fachübergreifend, vertikale und horizontale Organisationsformen“ beschrieben. Aufgrund der vom Gesetzgeber offen gehaltenen großen Variationsmöglichkeiten einer IV, erlaube ich mir, die unterschiedlichen „Schweregrade“ der IV in drei Kategorien einzuteilen:

„*IV Light*“: Hier bleibt die Trennung in ambulante und stationäre Sektoren unverändert erhalten, die Patientenversorgung ist im Wesentlichen systemkonform, d.h. alle Einzelleistungen bzw. Komplexpauschalen werden unverändert über die KV nach EBM abgerechnet, im stationären Sektor wie bisher über die DRG-Fallpauschalen und Zusatzentgelte. „Obendrauf“ kommt lediglich noch ein separates, direkt von der Krankenkasse – unter Umgehung der KV – vergütetes „Sahnehäubchen“ (in Eurobeträgen) für die Verpflichtung, z.B. rasche Untersuchungstermine, kurze Aufenthaltszeiten im Warteraum, ausführliche Patientengespräche und eine rasche Versendung der Arztbriefe einzuhalten.

„*IV Classic*“: Hier entfällt die übliche sektorale Trennung in ambulante und stationäre Versorgung. Die Vergütung für diese Leistungen wird direkt von den Krankenkassen bezahlt, allerdings in etwa gleicher Höhe wie nach EBM oder DRG. Der Vorteil ist, dass diese Vergütung unabhängig von Punktwerten (EBM) bzw. Basisfallwerten (DRG) in Eurobeträgen verhandelt und beglichen wird. Die zusätzliche Einbringung von Innovationen ist nicht vorgesehen.

„*IV Strong*“: Dies ist die höchste Stufe der IV: Es wird weder nach EBM noch nach DRG vergütet. Individuell werden Fallpauschalen oder Komplexpauschalen ausgehandelt. Diese Struktur bietet die Möglichkeit, medizinische Innovationen rasch umzu-

setzen (Beispiel: Herzinfarktverbund Essen, Einbindung der Innovationen Medikamente freisetzende Stents und Kernspintomographie zur Vitalitätsdiagnostik).

Gründe für die Entscheidung zur Integrierten Versorgung

Die Teilnahme an einer IV ist sowohl für die Patienten als auch für die Leistungserbringer freiwillig. Es gibt viele Gründe, sich für diese innovative Versorgungsform zu entscheiden. Vorausgeschickt werden sollte aber, dass eine (verständliche) Verärgerung über KV, EBM und/oder DRG sowie die DRG-bedingte Aufteilung der Entgelte (z.B. Verbringungen) keine guten Voraussetzungen sind, sich mit der IV „anzufreunden“. Auch die (verständliche) Angst, die 1% Anschubfinanzierung zu verlieren, der mögliche Zwang für niedergelassene Ärzte, sich am Krankenhaus zu etablieren oder das Risiko im Rahmen der „Marktberreinigung“ Patienten zu verlieren, sind keine überzeugenden Gründe, den Systemwechsel zu forcieren. Die häufig zitierte „bessere Qualität“ im Rahmen der IV ist kein Argument, da von der Ärzteschaft ohnehin die beste Versorgungsqualität vorausgesetzt und erwartet wird.

Gute Gründe, sich für die IV zu entscheiden, sind in Abbildung 1 aufgeführt. Sicher können nicht alle Patienten in standardisierten Abläufen schematisiert werden, für eine Vielzahl von Patienten ist die Empfehlung von „Behandlungspfaden“ im Rahmen der IV aber durchaus sinnvoll. Leider hat der Gesetzgeber bis heute das Problem der unterschiedlichen Finanzierungsmodalitäten im ambulanten und stationären Sektor nicht gelöst: Einerseits fordert der Gesetzgeber mehr Wettbewerb unter den Leistungserbringern, andererseits wird auch im GMG die Ungerechtigkeit der monistischen Finanzierung (niedergelassene Ärzte,

Abb. 1 Gute Gründe, sich für die Integrierte Versorgung zu entscheiden

- ✓ Eigene Überzeugung von standardisierten diagnostischen und therapeutischen Abläufen mit Steigerung der Effizienz aufgrund von „Behandlungspfaden“.
- ✓ Lösung des Problems, welches der Gesetzgeber bis heute nicht gelöst hat: die ungerechte Diskrepanz zwischen der monistischen Finanzierung von Praxen vs. der dualen Finanzierung vieler Krankenhäuser. Erst der Rückzug des Staates aus der Krankenhausplanung ermöglicht einen fairen Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern.
- ✓ Umbau etablierter Praxisnetze zu IV-Strukturen.
- ✓ Möglichkeit, medizinische Innovationen rascher zu realisieren als über den langen und beschwerlichen Weg des EBM und DRG-Systems. Durch die zeitnahe Einführung von Innovationen kann die Patientenversorgung im Rahmen der IV tatsächlich dem neuesten Stand der Wissenschaft angepasst und somit verbessert werden.

Kliniken mit privatem Träger) im Vergleich zu den Leistungserbringern mit dualer Finanzierung (staatlich geförderte Krankenhäuser) unverändert fortgeschrieben. Die IV schafft diese Ungerechtigkeit ab und ermöglicht einen echten Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern. Mit zunehmendem Ausmaß der Integrierten Versorgung kann sich der Staat dann sukzessive aus der Krankenhausplanung zurückziehen. Ein weiteres, entscheidendes Argument, in die IV zu wechseln, ist die Möglichkeit, den Patienten zeitnah medizinische Innovationen zukommen zu lassen (z. B. Herzinfarktverbund Essen, s. o.).

Fazit

1. Patienten sind nicht ambulant oder stationär, sondern krank oder gesund.
2. Die Integrierte Versorgung ist unsere einzige reelle Chance, den jeweils aktuellen Stand der Wissenschaft zeitnah unseren Patienten zukommen zu lassen.
3. Wir sollten daher die Leitlinien nationaler und internationaler Fachgesellschaften nicht als „Qual“ empfinden, sondern sie als Instrument nutzen, unseren Patienten im Rahmen der Integrierten Versorgung die in den Leitlinien empfohlenen Innovationen rasch zukommen zu lassen.
4. Von der Übernahme einer „Gewährleistungsgarantie“ (sei sie nur auf Materialien beschränkt oder auf ganze Eingriffe bezogen) ist grundsätzlich abzuraten, da sie ärztliche Entscheidungen deformieren könnte.
5. Der Verwaltungsaufwand der Integrierten Versorgung sollte nicht höher sein als der jetziger Strukturen (DMP, DRG).
6. Die Vergütung im Rahmen der Integrierten Versorgung erfolgt nicht über Punktwerte (EBM) oder Basisfallwerte (DRG), sondern in Euro. Dies erhöht unsere Planungssicherheit.