

Der Gastkommentar

Einzelverträge – ein Schlüssel zu mehr Wirtschaftlichkeit?

Einzelverträge haben noch keine lange Tradition in der deutschen Gesundheitspolitik. Traditionell schließen Krankenkassen über ihre Landesverbände Gesamtverträge mit Kassenärztlichen Vereinigungen. Diese Gesamtverträge regeln die regionale ärztliche Versorgung mit verbindlicher Wirkung sowohl für die Ärzte als auch für die Krankenkassen. Vor zehn Jahren kam die Tradition ins Wanken: Der Bundesverband der Betriebskrankenkassen schloss im Jahr 1996 innovativ, aber am Rande der Rechtslage, mit „Vernetzten Praxen“ in Berlin einen Versorgungsvertrag mit einem kombinierten Budget für die beteiligten Ärzte ab. Deutschen Gesundheitsökonomien gefiel die neue Vertragsidee. Denn sie passte gut zur Wettbewerbstheorie und gab in den USA und der Schweiz, wo sie bereits in größerem Umfang Wirklichkeit geworden war, Anlass zu Erfolgsmeldungen: „Einzelverträge führen zu Kosteneinsparungen bei mindestens gleich bleibender Versorgungsqualität“. Diese Hypothese wurde empirisch auch in wissenschaftlichen Studien, insbesondere aus den USA, mehrheitlich bestätigt. Allerdings war die Vergleichsgruppe eine Regelversorgung, die sich in der Schweiz und vor allem in den USA

(mit privater Krankenversicherung und Kostenerstattung) deutlich kostensensiver und auch organisatorisch ganz anders gestaltete als in Deutschland. Nichtsdestotrotz waren die Einzelverträge auch in Deutschland zumindest einen Versuch wert. Nach und nach hielten sie Einzug in die Gesetzgebung: Im Jahr 1997 wurden mit dem 2. GKV-Neuordnungsgesetz (2. GKV-NOG) die Strukturverträge nach § 73a SGB V – als Bestandteil der Gesamtverträge mit den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) – eingeführt und die Modellvorhaben nach §§ 63 ff SGB V neu gefasst. Die Gesundheitsreform 2000 sah erstmals Integrationsverträge der Krankenkassen nach § 140a SGB V vor. Mit Leben gefüllt wurden Einzelverträge im Rahmen der Integrierten Versorgung jedoch erst seit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) aus dem Jahr 2004. Das GMG ließ erstmals die Kassenärztlichen Vereinigungen bei der Integrierten Versorgung gänzlich außen vor und erlaubte außerdem eine Gegenfinanzierung für die Integrierte Versorgung durch Kürzung der KV- und Krankenhaus-Rechnungen, grundsätzlich bis zu einer Höhe von 1% der Ausgaben. Mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄnAG) und dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz (WSG) wird die Integrierte Versorgung

weiter gestärkt: Nach dem Willen des Gesetzgebers sollen IGV-Verträge flächendeckend angeboten werden. Auch Pflegeleistungen werden eingebunden. Die Anschubfinanzierung gilt nun bis 2008. Angesichts der gesetzlichen Möglichkeiten, der finanziellen Anreize und des Innovationspotenzials verwundert es nicht, dass in den letzten Jahren hunderte von Einzelverträgen und neuen Versorgungsprojekten in Deutschland umgesetzt wurden. Sind sie auch ein Schlüssel zu mehr Wirtschaftlichkeit? Verlautbarungen von Krankenkassenverbänden, die Geld in die Integrierte Versorgung investiert und die neuen Versorgungsformen als Marketinginstrument entdeckt haben, lassen auch wirtschaftlichen Erfolg vermuten. Die Entwicklung der Ausgaben der Krankenkassen lässt bislang diesen Schluss trotz Anschubfinanzierung nicht zu, für ein abschließendes Urteil ist es aber noch zu früh. Unabhängig von der Sinnhaftigkeit solcher IGV-Verträge ist es rechtlich umstritten, ob z. B. der Hausarztvertrag der BARMER überhaupt die gesetzlichen Voraussetzungen nach §§ 140 a ff. SGB V erfüllt. Nach einem aktuellen Urteil des Landessozialgerichts Thüringen erfüllt er sie nicht; nun hat das



Gerhard Schulte ist Vorstandsvorsitzender des BKK-Landesverbands Bayern.

Bundessozialgericht zu entscheiden. Faktisch kann die Beurteilung der Einzelverträge nur auf der Grundlage von Indikatoren wie Beitragssatz, Markterfolg und – vor allem – seriösen Daten zum Vergleich mit der Regelversorgung erfolgen. Diese

Daten gibt es nicht und wird es wohl so schnell auch nicht geben. Während für die Regelversorgung auf elektronischem Weg eine gute Routinedokumentation z. B. für den vertragsärztlichen Bereich umgesetzt wird (§ 295 SGB V), gibt für den Datenfluss von Verträgen der Integrierten Versorgung keine Rahmenvorgaben zum Datenaustausch, keine Transparenz und keine seriösen Auswertungen jenseits des Selbstmarketings einzelner Krankenkassen. Wenigstens sieht das GKV-WSG vor, dass die Krankenkassen an die Registrierungsstelle zu IGV-Verträgen nach §§ 140 a ff. SGB V nicht nur die Abzugsquote „nach pflichtgemäßem Ermessen“ melden müssen, sondern auch Einzelheiten über die Mittelverwendung. Außerdem müssen sie nun auch gegenüber den KVen und den Krankenhäusern die Verwendung der einbehaltenen Mittel darlegen. Zehn Jahre nach der gesetzlichen Einführung neuer Versorgungsformen ins SGB V gibt es einige Ansätze, die in

einer aktuellen Buchpublikation als „Leuchtturmprojekte“ gepriesen werden. Abgesehen davon, dass Leuchttürme zwar zur Nostalgie anregen, ihre traditionelle Leitfunktion aber weitgehend an moderne Elektronik abgeben mussten: Ein seriöser Vergleich der neuen Versorgungsformen mit der traditionellen Versorgung anhand aussagekräftiger wissenschaftlicher Evaluationsstudien fehlt für Deutschland gänzlich. Aus den USA gibt es dagegen bereits eine Reihe von Literaturreviews über methodisch hochwertige Evaluationsstudien, die auf das Effizienzpotenzial der Mikrosteuerung im Rahmen von Managed Care hinweisen. Voraussetzung für die Hebung dieses Potenzials ist, dass Abstriche bei der zügellosen Therapiefreiheit und der freien Arztwahl gemacht werden. Diese Voraussetzungen schwinden in den USA. Dort ist die Versorgungssteuerung über Einzelverträge auf dem Rückzug; die USA haben weiterhin das mit Abstand teuerste und vielleicht auch am wenigsten solidarische Gesundheitswesen der Welt. Und in der Schweiz, dem Land mit den zweithöchsten Gesundheitsaufwendungen, dem Musterland für Basisdemokratie? Dort steht am 11. März die Änderung der Bundesverfassung zur Abstimmung. Ziel des Volksbegehrens ist die Einführung einer Einheitskrankenkasse. Ich wünsche mir für das deutsche Gesundheitssystem weder amerikanische noch Schweizer Verhältnisse.

Gerhard Schulte

Arzneimittelberatung

KV Hessen lässt der AOK den Vortritt

Zu den typischen Aufgaben einer Kassenärztlichen Vereinigung gehört die Pharmakotherapieberatung für ihre Mitglieder. In der KV Hessen hat sich besonders der frühere Vorsitzende Dr. Jürgen Bausch für dieses Thema engagiert, wie der seit Jahren erscheinende Informationsdienst „KVH aktuell“ anschaulich belegt. Ende letzten Jahres aber bekamen hessische Vertragsärzte zu ihrer Überraschung auf einmal Post von der AOK, die ihnen eine eigene Arzneimittelinitiative ankündigte.

Zunächst will die Kasse von den hessischen Ärzten wissen, was sie davon halten, wenn die AOK sie dabei unterstützt, „Versicherte industrieunabhängig über die Wirksamkeit von Arzneimitteln zu informieren“ oder wenn die AOK dabei hilft, „Patienten über Marketingpraktiken der Industrie aufzuklären, um den Verordnungsdruck in den Praxen zu reduzieren“ und ob die AOK die Ärzte unterstützen soll „bei der Hebung von Effizienzreserven bei Generika, Me-Too-Präparaten und Rabattverträgen“.

Das war keine Eigeninitiative der AOK an der KV Hessen vorbei, sondern ist die Folge eines Vertrags, den die Kasse mit der vertragsärztlichen Körperschaft zum Arzneimittelmanagement getroffen hat. Erst drei Wochen nach der Briefaktion bekannte sich die KV in einem Rundschreiben an die Ärzte im Lande zu

dem Projekt, „das bislang einmalig für Deutschland, sehr wahrscheinlich sogar für Europa, ist“, so der stellvertretende KV-Vorsitzende Dr. Gerd Zimmermann. Das Projekt ist über einen Zeitraum von acht Jahren angelegt und verfolgt das Ziel, die Patientenversorgung weiter zu optimieren. „Dies ist ein gemeinsames Anliegen von uns Ärzten und der AOK.“

- **KV Hessen überlässt Informationshoheit der AOK**

Da geht es erklärtermaßen um eine „industrieunabhängige Information“. Die Partie der Anbieterseite, nämlich der Pharma-Hersteller, wird ausgetauscht durch die Zahlerseite, die Krankenkasse, die mit ihren Informationen ebenso knallharte wirtschaftliche Interessen verfolgt. Das gibt sie in ihrem Brief an die Ärzte auch unumwunden zu: „...ebenso wie Sie

müssen wir mit immer knapperen Mitteln auskommen“ und fragt unverblümt: „Sollen wir der Pharma-Industrie weiterhin die Informationshoheit im Gesundheitswesen überlassen?“

Die KV Hessen jedenfalls überlässt ihre eigene Informationshoheit großzügig der AOK. Zimmermann rechtfertigt das im KV-Rundschreiben so: „Wir und die AOK wollen Ihnen dabei helfen, die Wirtschaftlichkeit weiter zu erhöhen. Konkrete Maßnahmen, über die wir Sie in den nächsten Wochen informieren werden, sind in Vorbereitung. In diesem Zusammenhang wird die AOK ihre Versicherten entsprechend vorinformieren, um Ihnen die Umstellung auf günstigere Produkte zu erleichtern und so auch das Risiko für Honorarabzüge im Zusammenhang mit der Bonus-Malus-Regelung zu senken. Wir wollen Sie dabei unterstützen,

sich im Informationsdschungel einfacher zurechtzufinden.“

- **„Feedback“ erforderlich!**

Den hessischen Kollegen ist zu raten, den Wunsch der KV nach einem „Feedback“ zu erfüllen und ihren Funktionären mitzuteilen, was sie von dem Projekt halten. Sie sollten dabei auch im Auge behalten, was Dr. Wolfgang Lang-Heinrich, Mitglied der KVH-Vertreterversammlung, im letzten „KVH aktuell“ (4/2006) in seinem Editorial über das Sparen bei Arzneimitteln schreibt: „Unverändert wird der Kostenschub bei den Arzneimittelausgaben – Hauptgrund für den Ausgabenanstieg in der gesetzlichen Krankenversicherung – kritisiert und stereotyp falsch auf das angeblich immer noch unwirtschaftliche Verordnen der Ärzteschaft zurückgeführt. Unter Berufung auf Qualitätssicherung und Verbesserung wird die evidenzbasierte Medizin als Grundlage zur Kostenreduktion herangezogen. Aber leitliniengerecht Arzneimitteltherapie führt in den wenigsten Fällen zu geringeren Arzneimittelkosten. Weiterhin wird übersehen, dass vielfach noch nicht leitliniengerecht therapiert wird. ... Die Patienten haben Anspruch auf die von uns zu gewährleistende evidenzbasierte Therapie. Dies kann nicht billiger sein und ist nicht zum Nulltarif zu haben.“

Stellen Sie im Interesse unserer Patienten eine evidenzbasierte Therapie sicher.“

- **Missmanagement und Pannen**

Nebenbei bemerkt: Die KV Hessen ist im jüngsten Referendum der KBV über die Bedeutung der Kassenärztlichen Vereinigungen die am schlechtesten bewertete Körperschaft in Deutschland. Das finden inzwischen wohl auch immer mehr Vertragsärzte in Hessen. Mehrere hundert Kolleginnen und Kollegen werfen ihrer KV Missmanagement, unverständliche Abrechnungen und schikanöse Bürokratie vor und fordern in einer Resolution den Vorstand – Dr. Margita Bert und Dr. Gerd W. Zimmermann – zum Rücktritt auf. Derzeit lässt das hessische Sozialministerium die Honorarabrechnungen durch die KV Hessen überprüfen. Nach mehreren Pannen im Rechenzentrum hatte die KV das Abrechnungswesen völlig neu organisiert, was zu erheblichen Verzögerungen der Honorarzahlgungen und Unstimmigkeiten bei der Abrechnung geführt hat. Im vergangenen Jahr waren mehrere tausend Widersprüche gegen Honorarbescheide der KV Hessen eingegangen. Für dieses Jahr rechnet die KV mit einem Anstieg der unerledigten Verfahren auf 60 000.

KS

Regierungssponsoring

44,6 Mio. Euro für Ulla Schmidt

Der „Stern“ berichtet in seiner Ausgabe vom 18. Januar 2007, Nr. 4, in seinem Artikel „Zum Wohl liebe Staatsdiener!“ über das sogenannte „Regierungssponsoring“: Ministerien, Behörden und Botschaften bekamen von August 2003 bis Ende 2004 Geld und Sachleistungen im Wert von 55 Mio. Euro von der Industrie geschenkt, die größtenteils für eine Anti-Aids-Kampagne gedacht waren.

In seinem Bericht schildert der „Stern“ auch, dass der Bundesrechnungshof diese Praxis als „bedenklich“ ansieht. Bereits der Anschein finanzieller Abhängigkeit kann das Vertrauen des Bürgers in die Verwaltung erschüttern, so warnt der Bundesrechnungshof. Besonders hervorstechend bei dem Einsammeln von Geld- und Sachleistungen war offensichtlich das Ministe-

rium von Ulla Schmidt. Kein anderes Haus war so erfolgreich.

● **Beamtenparty auf Industriekosten**
Von Mitte 2003 bis Ende 2004 konnte das Bundesministerium für Gesundheit unter Ulla Schmidt knapp 44,6 Mio. Euro einsammeln. So ließen sich Ulla Schmidts Beamten im November 2003 zum Beispiel 2447 Euro von

einem ungenannten Dritten für ein internes Fest in Bonn finanzieren, anlässlich des Abschlusses eines „umfangreichen Gesetzgebungsverfahrens“.

Der Rechnungshof findet die Bezuschussung einer rein internen Beamtenparty bedenklich. „Kein Wunder“, so der Stern, „Welche Werbewirkung will ein Sponsor wohl erreichen, wenn außer den Beamten selbst kein potenzieller Kunde von seiner Großzügigkeit erfährt?“

Die 44,6 Mio. Euro wären sicherlich auch in der Patientenversorgung gut angelegt gewesen.

Helge Rühl

Kommentare

... zur CSU-Nachfolge

Folgen einer Palastrevolution

Auf den ersten Blick könnte man meinen, dass die Palastrevolution, die in der CSU stattgefunden hat, eine urbayerische Angelegenheit ist. Geht es doch zuerst um die Diskussion über die Nachfolge des bayerischen Ministerpräsidenten, die mit dem seitherigen Innenminister Beckstein geregelt scheint, und um den Vorsitz der bayerischen CSU, um den sich die Herren Huber und Seehofer öffentlich streiten.

Man kann von außen eher amüsiert die Diskussion beobachten. Mit Erstaunen nimmt man zur Kenntnis, dass Ministerpräsident Stoiber offensichtlich mehr Integrationskraft besessen hat als viele vermuteten. Die Diadochen-Kämpfe müssen doch schon länger geschwelt haben. Erst der Rücktritt des Ministerpräsidenten hat die Fliehkräfte in der CSU sichtbar werden lassen.

Aber es geht nicht nur um Bayern. Die CSU ist Partner in der Großen Koalition und hat insbesondere bei der Gesundheitsreform ein Wörtchen mitgeredet. Dabei ist vielen aufgefallen, dass die Sachkunde auf diesem Feld zu kurz gekommen ist. In der CDU/CSU wurde der Einzige, der die Winkelzüge unseres Gesundheitswesens durchblickt, ins Landwirtschaftsministerium abgeschoben. Auf diese Art und Weise hat man den unbequemen Herrn Seehofer von seinem Spezialgebiet Gesundheitspolitik abgeschnitten, er äußert sich deshalb dazu kaum noch und scheint zu allem Überfluss in seinem neuen Ressort eher unterfordert.

Sollte Horst Seehofer Parteivorsitzender werden, könnte er in seinem alten Aufgabengebiet wieder tätig werden, da der Parteivorsitzende der CSU in den Elefantenrunden der Koalition, also auch zur Gesundheitspolitik, beteiligt werden muss. Deshalb strebt Horst Seehofer wohl hauptsächlich dieses Amt an. Wir erinnern uns an die früheren Debatten innerhalb der CDU/CSU über die Gesundheitspolitik und dürfen uns deshalb fragen, wie die Bundeskanzlerin den Ersatz von Stoiber in dieser Funktion durch Herrn Seehofer aufnehmen wird. Man darf gespannt sein.

HFS

... zur Abstimmung über die Gesundheitsreform

Murks!

Nun hat der Bundestag die Gesundheitsreform tatsächlich beschlossen. Entscheidendes wurde auch auf Druck der Länder nicht mehr geändert, die nun mit Sicherheit im Bundesrat zustimmen werden.

Den Taktikern in der SPD ist es gelungen, die entscheidenden Klöße wie die Finanzierung über den Gesundheitsfonds und die Reform in der PKV durchzusetzen und die Umsetzung der Vorgaben auf Anfang 2009 zu verschieben, damit man ordentlich Wahlkampfmünition für die Bundestagswahl hat. Es gibt nahezu keinen Kommentar in den Medien, der nicht offen von Murks spricht, der hier beschlossen wurde.

Die Betroffenen, Patienten, Ärzte, Krankenhäuser und Krankenkassen haben das Abstimmungsverhalten mit verhaltener Hoffnung zur Kenntnis genommen. Dass die Opposition mit FDP, Grünen und Linken das Machwerk abgelehnt hat, war klar. Dass aber um die 50 Abgeordnete der Koalition dagegen gestimmt haben, wird als positives Zeichen gewertet.

Ist dies richtig? Es kommt nicht auf die Gegenstimmen, sondern auf die politischen Ziele der Dissidenten an – und die sind höchst unterschiedlich. Einem Herrn Lauterbach geht die Liquidation der Privatversicherung nicht weit genug, die Linken in der SPD sehen die Bürgerversicherung nicht verwirklicht, die Liberalen in der CDU wie Herr Merz fürchten demgegenüber um den Bestand der PKV und sehen einen Einstieg in genau diese Bürgerversicherung und fürchten die damit verbundene Staatsmedizin.

Im Widerstand gegen die Reform gibt es somit keine Einheitsfront, die Regierung braucht die Abweichler deshalb nicht zu fürchten. Sie kann im Gesundheitswesen weiter wurschteln.

HFS

Einladung

zur Ordentlichen Mitgliederversammlung
des Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.

am Sonntag, 15. April 2007, 13:30 Uhr
Hotel „Crowne Plaza“, Raum Bach
Bahnhofstraße 10–12, 65185 Wiesbaden

Als Präsident des
Berufsverbandes Deutscher Internisten e.V.
darf ich Sie sehr herzlich zu dieser Versammlung einladen.

Tagesordnung:

1. Verleihung der Günther-Budelmann-Medaille
2. Bericht des Präsidenten zur aktuellen berufspolitischen Situation
3. Kurzgefasste Berichte des Geschäftsführers zum Geschäftsjahr 2006 und des Schatzmeisters (Kassenbericht)
4. Beschlussfassung über die Entlastung von Präsidium, Vorstand und Geschäftsführung
5. Verschiedenes

W. Wesiack

Dr. med. Wolfgang Wesiack, Präsident



Impressum

BDI aktuell wird vom Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. herausgegeben und erscheint im Georg Thieme Verlag KG. Die Zeitung erscheint monatlich mit Doppelnummer im August/September.

Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) e.V. • www.BDI.de • Schöne Aussicht 5, 65193 Wiesbaden • Tel.: 0611/181 33-0 • Fax: 0611/181 33-50
• E-Mail: info@BDI.de • Präsident: Dr. med. Wolfgang Wesiack • Geschäftsführer: RA Helge Rühl

Georg Thieme Verlag KG Stuttgart New York • www.thieme.de • Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart • Tel.: 0711/8931-0, Fax: 0711/8931-235
• E-Mail: BDI-aktuell@thieme.de

Redaktion:

Chefredakteur: Dr. med. Hans-Friedrich Spies (HFS), V.i.S.d.P • Redaktion (Mantelteil): Dr. med. Stefanie Conrads (SC), Christiane Markwardt • Layout-Entwurf: Michael Zimmermann • Herstellung und Layout: Andrea Hartmann • Redaktionsassistentin: Sabine Kloos • Druck: L.N. Schaffrath, Marktweg 42–50, 47608 Geldern • Satz (Kongresse und Services): stm media GmbH, Friedrichstraße 10, 06366 Köthen

Weitere Mitarbeiter und Autoren dieser Ausgabe: Stephanie Hügler, Dr. Martina Lenzen-Schulte, Dipl. oec. troph. Kristina Norman, PD Dr. Matthias Pirlich, Prof. Dr. Jürgen F. Riemann, Helge Rühl, Dr. Ruth Rusche, Dr. Klaus-Peter Schaps, PD Dr. Axel Schermund, Klaus Schmidt (KS), Dr. Walter O. Schüler, Gerhard Schulte, Dr. C. Smoliner, PD Dr. Thomas Voigtländer, Dr. Johannes Weiß, Prof. Dr. Heinrich Worth

Anzeigenverwaltung/-leitung: Manfred Marggraf, pharmedia Anzeigen- und Verlagsservice GmbH, Rüdigerstr. 14, 70469 Stuttgart, Tel.: 0711/8931-464, Fax: 0711/8931-470, E-Mail: manfred.marggraf@pharmedia.de • Es gilt die Anzeigenpreisliste Nr. 6.

Kleinanzeigen schicken Sie bitte an die BDI-Geschäftsstelle (Adresse s.o.) oder an rbornemann@bdi.de

Wichtiger Hinweis: Wie jede Wissenschaft ist die Medizin ständigen Entwicklungen unterworfen. Forschung und klinische Erfahrung erweitern unsere Erkenntnisse, insbesondere was Behandlung und medikamentöse Therapie anbelangt. Soweit in diesem Heft eine Dosierung oder eine Applikation erwähnt wird, darf der Leser zwar darauf vertrauen, dass die Autoren und der Verlag große Sorgfalt daran verwandt haben, dass diese Angabe dem Wissensstand bei Fertigstellung der Zeitung entspricht. Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag jedoch keine Gewähr übernommen werden. Jeder Benutzer ist angehalten, durch sorgfältige Prüfung der Beipackzettel der verwendeten Präparate und gegebenenfalls nach Konsultation eines Spezialisten festzustellen, ob die dort gegebene Empfehlung für Dosierungen oder die Beachtung von Kontraindikationen gegenüber der Angabe in dieser Zeitung abweicht. Eine solche Prüfung ist besonders wichtig bei selten verwendeten Präparaten oder solchen, die neu auf den Markt gebracht worden sind. Jede Dosierung oder Applikation erfolgt auf eigene Gefahr des Benutzers.

Autoren und Verlag appellieren an jeden Benutzer, ihm auffallende Ungenauigkeiten dem Verlag mitzuteilen. Geschützte Warennamen werden nicht in jedem Fall besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright: Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Integrierte Versorgung (Fortsetzung von Seite 1)

Ein Bärendienst

„Wer sich eine bessere Versorgung der Patientinnen und Patienten zum Ziel setzt, der kommt um die Integrierte Versorgung nicht herum“, behauptete Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt 2004. In jenem Jahr war mit dem Paragraphen 140a-d des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) die Integrierte Versorgung geschaffen worden. Neu war gegenüber früheren Ansätzen vor allem, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen den Verträgen nicht mehr zustimmen brauchten. Und damit die Integrierte Versorgung rasch in Gang kam, stellten gesetzliche Regelungen eine sogenannte „Anschubfinanzierung“ bereit: bis zu 1% der Gesamtvergütung ambulanter und stationärer Leistungen. Dies entspricht etwa 680 Millionen Euro. 460 Millionen Euro stammen aus der stationären Versorgung, 220 Millionen Euro werden bei der Vergütung der niedergelassenen Ärzte abgezwickelt.

● Über 3000 IV-Verträge

Trotz Anschubfinanzierung blieb die Zahl der abgeschlossenen Integrationsverträge zunächst hinter den Erwartungen zurück. Ende 2004 gab es gerade mal 300 Verträge. Ein Jahr später konnte die eigens geschaffene „Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140 d SGB V“ bereits über 2000 Verträge vermelden. Ende 2006 waren über 3000 Verträge abgeschlossen – mit einem Vergütungsvolumen von über 500 Millionen Euro. 3,5 Millionen Versicherte werden im Rahmen von Integrationsverträgen derzeit behandelt.

● Akzeptanz bei Ärzten gering

Trotz aller IV-Euphorie in der Politik sorgte das Stichwort „Integrierte Versorgung“ bei den meisten Medizinern für ein großes Fragezeichen – oder sogar für Ablehnung. Wissenschaftler

vom Institut für Innovations- und Technologiemanagement der Technischen Universität Berlin, befragten zum Jahreswechsel 2004/2005 182 niedergelassene Ärzte, davon 34% Internisten, über ihre Meinung zur Integrierten Versorgung. Dabei gab nur jeder Vierte an, über IV gut oder sehr gut informiert zu sein. Prinzipiell begrüßten die meisten Befragten eine sektorenübergreifende Versorgung, wirtschaftlich jedoch erwarteten mehr als ein Viertel der Mediziner eher Nachteile. Fast zwei Drittel scheuten den Aufwand, einen IV-Vertrag abzuschließen. Noch skeptischer waren die Ärzte, die in einer Studie der Wirtschaftswissenschaftlichen Fakultät der Universität Hannover befragt wurden. Nur die Hälfte der befragten Mediziner sahen die IV als sinnvoll an. Mehr als drei Viertel aller Befragten befürchteten eine Zersplitterung in der Versorgungslandschaft und 70% glaubten nicht, ihre eigene wirtschaftliche Situation durch IV verbessern zu können. Insgesamt zeigen beide Studien, dass in der Ärzteschaft erhebliche Akzeptanzprobleme gegenüber der Integrierten Versorgung bestanden – und wohl auch noch bestehen.

● Krankenkassen sehen IV positiv

Krankenkassen hatten hingegen bislang ein positives Verhältnis zur Integrierten Versorgung. Dabei könnten die Geldmittel, die aus der Anschubfinanzierung zur Verfügung stehen, eine nicht unerhebliche Rolle spielen. Viele Kassen schlossen in großem Umfang IV-Verträge ab. Doch nicht alle Verträge erfüllen die Hoffnungen der Gesundheitsplaner auf eine sektorenüberschreitende Versorgung mit hoher Qualität. Zahlreiche IV-Verträge beziehen sich auf eine gut abgrenzbare Indikation mit übersichtlichem Leistungsumfang. Die Hüftendopro-

thetik ist hierfür ein gutes Beispiel. Dadurch werden die Versorgungsstrukturen nicht wirklich umgestaltet. Populationsbezogene Verträge gibt es erst in wenigen Regionen. Kritiker bemängeln schon seit längerem Verträge nach der „Quick-and-Dirty-Methode“, die nur wegen der finanziellen Anreize abgeschlossen wurden, und sie spotten über den „Flickenteppich“ in der Versorgungslandschaft. Die Initiatoren der IV-Projekte wiederum sprechen von einer hohen Zufriedenheit der Patienten und einer qualitativ hochwertigen Versorgung. Unabhängige wissenschaftliche Untersuchungen dazu fehlen noch.

● Wenn der Schub wegfällt?

Die Anschubfinanzierung sollte – wie der Name schon andeutet – nur eine Initialzündung für die Integrierte Versorgung sein. Ende 2006, so war geplant, sollte sie auslaufen. Nun ist die Anschubfinanzierung nochmals um zwei Jahre verlängert worden. Allerdings sollen nur dann Mittel aus der Anschubfinanzierung zur Verfügung stehen, wenn die Verträge eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ der Versorgung anstreben. Dies bedeutet, dass künftige IV-Verträge nur noch für so genannte Volkskrankheiten wie Diabetes oder Hypertonie angeboten werden können – oder aber, dass wie im Projekt „Gesundes Kinzigtal“ (siehe Kasten), eine umfassende Gesundheitsversorgung der Bevölkerung in einem umrissenen Gebiet zum Vertragsgegenstand wird. Diese Fokussierung auf eine populi- onorientierte Flächendeckung sei grundsätzlich richtig, hieß es beim Bundesverband Managed Care e.V. (BMC) in einer ersten Stellungnahme, sie komme jedoch zu früh: „Wenn die ‚kleinen‘ Indikationsverträge wegfallen, wird es in vielen Regionen gar nicht erst zur Entwicklung größerer Lösungen kommen“, argumentiert man beim BMC. „Entscheidende Kriterien für die finanzielle Förderung von Integrierter Versorgung sollten

Beispiele für Integrierte Versorgung

● Gesundes Kinzigtal

Ein Beispiel für einen populationsbezogenen IV-Vertrag: Er beinhaltet die medizinische Vollversorgung für 30 000 Versicherte der AOK Baden-Württemberg im Kinzigtal – über alle Sektoren der Gesundheitsversorgung (ohne Zahnmedizin). Startschuss war der 1. November 2005, die Laufzeit des Vertrags ist neun Jahre. Ein Kernpunkt des Vertrags ist die erfolgsorientierte Vergütung. Langfristig soll sich das Projekt aus den Einsparungen gegenüber den Durchschnittskosten der AOK Baden-Württemberg finanzieren. Die Universität Freiburg evaluiert das Modell im Rahmen von Studien. www.gesundes-kinzigtal.de

● Projekt zur Integrierten Versorgung Endoprothetik Münster

2003 als einer der ersten IV-Verträge in Deutschland abgeschlossen, wurden inzwischen über 300 Patienten aus den Indikationsbereichen Knie- und Hüft-Endoprothetik im Rahmen des Projekts versorgt. Das Projekt wurde vom Institut für Strategieentwicklung der Universität Witten/Herdecke wissenschaftlich begleitet. Dabei zeigte sich, dass die Versorgungskosten 10% unter den Kosten der Regelversorgung liegen. Auch in puncto Patientenzufriedenheit gab es gute Noten. wga.dmz.uni-wh.de/orga/file/ifse/ifse_Zusammenfassung_Evaluation_IV-Muenster.pdf

● Darmkrebsvertrag des BDI

Die Managementgesellschaft des Berufsverbandes Deutscher Internisten und die Techniker Krankenkasse bieten seit 1. Januar 2006 einen IV-Vertrag zur Verbesserung der Versorgung von Versicherten mit familiärem und hereditärem Risiko für ein kolorektales Karzinom. Der Vertrag wird von den HNPCC humangenetischen Zentren in Deutschland, der Felix Burda Stiftung, der Medizinischen Hochschule Hannover und der Deutschen Krebshilfe unterstützt. www.darmkrebsvertrag.de

Informationen zu weiteren IV-Verträgen in Deutschland finden Sie unter www.krankenkassenratgeber.de/iv.php

die nachvollziehbare Verbesserung der Qualität und Effizienz der Versorgung sowie ökonomische Verwendung der Mittel sein.“ Die neue Regelung sei deshalb ein Innovationshemmnis.

● Gleich zwei Bärendienste für die IV

Dies vermutet auch Helmut Hildebrandt, Geschäftsführer der Hildebrandt GesundheitsConsult GmbH. Er geht davon aus, dass die größeren Krankenkassen ihre IV-Verträge weiterlaufen lassen. Sie hätten jedoch keinen Anreiz mehr, neue, umfassendere Verträge abzuschließen, zumal die meisten Kassen ihr maximales Potenzial an der Anschubfinanzierung bereits ausgeschöpft hätten. „Kleinere Krankenkassen hätten zwar noch einen Anreiz, haben aber keine reale Chance auf einen Vertrag mit Flächendeckung“, meint Hildebrandt. „Ein IV-System benötigt eine gewisse Mindestanzahl an Versicherten in einer Region, um sich produktiv entfalten zu können.“

Wenn die Prognosen der Experten zutreffen, hätten die neuen Regelungen der Integrierten Versorgung einen Bärendienst erwiesen. Zwar würde es weiterhin IV-Verträge geben, doch die erhoffte sektorenübergreifende Versorgung wäre in weite Ferne gerückt. Die ersten Krankenkassen haben bereits den Rückzug angetreten, Verträge werden gekündigt oder nicht verlängert. Dabei könnten auch Überlegungen in Zusammenhang mit dem geplanten Wettbewerbsstärkungsgesetz eine Rolle spielen. Schließlich werden alle Kassen versuchen wollen, im Jahr 2009 mit den ihnen aus dem Gesundheitsfonds zugeteilten Mitteln

über die Runden zu kommen, ohne einen Zusatzbeitrag erheben zu müssen. Wenn Integrationsverträge kurzfristig keine Einsparungen bringen, scheint es aus Sicht der Kassen derzeit naheliegend, die Verträge zu kürzen. Bei ambitionierten, populationsbezogenen Integrationsverträgen sind Einsparungen in der Regel aber erst nach längerer Laufzeit denkbar. Also fallen genau die Verträge dem Rotstift zu Opfer, die sinnvoll sind und eine echte sektorenüberschreitende Versorgung darstellen – ein weiterer Bärendienst für die Integrierte Versorgung.

● Den Vogel schließt die BEK ab

Den Vogel im Gerangel um die Finanzierung der Integrierten Versorgung schießt dabei die Barmer Ersatzkasse (BEK) ab. Sie fordert als Anschubfinanzierung 5% statt 1% aus der Gesamtvergütung, um „bestehende Angebot in den nächsten beiden Jahren zielgerichtet ausbauen zu können“. Dabei hat die BEK derzeit ein ganz anderes Problem mit Integrationsverträgen: Ihr bekanntester IV-Vertrag, der „Barmer Hausarzt- und Hausapothekenvertrag“ ist nach einem Urteil des Sozialgerichts Gotha vom März 2006 gar kein IV-Vertrag. Zu diesem Zeitpunkt hatte die BEK bereits über 400 000 Euro Anschubfi-

– Anzeige –

Notfall-Defibrillator
AED + Monitoring Kombisystem
statt 4460 € nur 1799 € + MWST.
Tel. 0800-111 0 511 tägl. 8-22h
www.herzmedica.de



Bild: PhotoDisc

nanzierung erhalten. Nun hat das Landessozialgericht Thüringen Ende Januar das Urteil bestätigt. Auch wenn der Fall vor dem Bundessozialgericht weiter verhandelt wird – vermutlich wird die BEK die eingeplanten Mittel aus der Anschubfinanzierung selbst zahlen müssen.

Die BEK selbst wertet ihr Hausarztprogramm nach außen dennoch als Erfolg: 1,8 Millionen Versicherte, 38000 Hausärzte und über 18000 Apotheken nähmen derzeit an dem Programm teil. Durch die im Vertrag garantierte Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Apotheken könnten jährlich „die Hälfte der insgesamt rund 25000 Todesfälle und 300000 Krankenhausaufenthalte aufgrund von Arzneimittelwechselwirkungen vermieden werden“. Einsparungen hat es durch das Programm wohl noch nicht gegeben – außer für die Versicherten: 30 Euro pro Jahr.

● **Planungssicherheit angemahnt**
Über Kündigungen von IV-Verträgen wird bislang noch nicht offen gesprochen. Dr. Christoph Straub, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK), betont im Interview mit BDI aktuell sogar, dass die TK auch künftig einen Schwerpunkt ihres Engagements auf die Integrierte Versorgung legen werde. Doch auch er beklagt die neuen gesetzlichen Vorgaben und mahnt bei der Politik Planungssicherheit für die Integrierte Versorgung an. Währenddessen munkeln Insider, dass auch bei der TK Verträge überprüft und gestrichen werden. Ob die Integrierte Versorgung also wirklich „die Versorgungsform der Zukunft“ ist – wie es im Bundesgesundheitsministerium heißt –, ist derzeit mehr als zweifelhaft. Zu vermuten ist eher, dass es sich um ein Auslaufmodell handelt.

SC

Aktuelle Literatur zum Thema



Volker Amelung et. al.: Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung.

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2006. 34,95 Euro
Das Buch hilft dabei, eigene Ideen zur IV in die Tat umzusetzen und bietet Checklisten für die ersten Schritte und Anregungen für den ersten Businessplan.



John Weatherly et. al.: Leuchtturmprojekte Integrierter Versorgung und Medizinischer Versorgungszentren.

Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin 2007. 44,95 Euro
Auf knapp 300 Seiten werden zwölf indikationsbezogene und acht populationsorientierte Modelle der Integrierten Versorgung sowie Medizinische Versorgungszentren vorgestellt.



Dr. Christoph Straub

Interview

mit Dr. Christoph Straub, stellvertretender
Vorstandsvorsitzender der Techniker Krankenkasse (TK)

BDI aktuell: Vor zwei Jahren führte die TK eine Fachtagung mit dem Titel „IV: neues Kürzel – neue Qualität?“ durch. Können Sie aus Ihrer Sicht das Fragezeichen durch ein Ausrufungszeichen ersetzen? Hat die Integrierte Versorgung tatsächlich neue Qualität in die Versorgungslandschaft gebracht?

Straub: Seit Einführung der Anschubfinanzierung für IV-Verträge hat sich eine enorme Dynamik entwickelt, viele innovative Versorgungskonzepte wurden von Ärzten, Krankenhäusern und Krankenkassen gemeinsam entwickelt. Die wichtigste Erfahrung war die Bereitschaft auf beiden Seiten, bestehende Versorgungsstrukturen und -prozesse zu überdenken und innovative, medizinisch und ökonomisch überlegene Versorgungskonzepte zu vereinbaren. Entscheidend ist auch die Pluralität der Ansätze, die es ermöglicht, aus dem Vergleich die bessere Lösung zu erkennen. Nicht immer ist das Neue besser, aber unsere Analysen zeigen, dass die Integrierte Versorgung in der Tat zu einer Verbesserung der Versorgungsqualität und zu einem verbesserten Service für die Versicherten führt.

BDI aktuell: Nicht alle der über 3000 IV-Verträge bundesweit entsprechen der Intention des Gesetzgebers, die Sektorengrenzen in der Medizin durchlässiger zu machen.

Andere haben Modellcharakter. Wie viele Verträge hat die TK abgeschlossen? Können Sie Beispiele nennen?

Straub: Die TK hat mittlerweile über 240 IV-Verträge abgeschlossen. Insbesondere in der Startphase waren dies oft eher „kleinteilige“ Verträge, die sich auf einzelne Indikationen und deren verbesserte Versorgung konzentrierten und die in der Regel nur zwei oder drei Versorgungssektoren umfassten. Ein typisches Beispiel sind die Verträge über die Implantation von Endoprothesen des Hüft- und Kniegelenks. Inzwischen sind nicht nur in diesen Verträgen weitere Versorgungsebenen integriert worden, z. B. die Versorgung mit Hilfsmitteln, sondern es wurden auch ganz neue, breiter angelegte Versorgungskonzepte vertraglich vereinbart. So hat die TK mit dem Berufsverband der niedergelassenen Kardiologen und weiteren Partnern, darunter einem Dienstleister für die telemedizinische Betreuung von Herzkranken, ein flächendeckendes, integriertes Angebot für die Versorgung unterschiedlicher Herzerkrankungen geschaffen. Ein weiteres Beispiel ist ein ähnlich angelegter Vertrag zur Versorgung schmerzkranker Patienten, der aus unterschiedlichen Modulen aufgebaut ist und der jetzt bundesweit angeboten wird. Hier liegt die Zukunft, aus einzelnen, separat entwickelten und (regional) getesteten Modulen schrittweise flächendeckende, sektorenübergreifende Versorgungskonzepte

für ganze Fachgebiete zu realisieren. Auf diese Weise wird sukzessive die Integrationstiefe und -breite der Verträge erhöht.

BDI aktuell: Lange war befürchtet worden, dass mit Wegfall der Anschubfinanzierung kein finanzieller Anreiz für die Kassen bestehen würde, weitere IV-Verträge abzuschließen. Nun bleibt die Finanzspritze für die IV erhalten – allerdings unterliegen neue Verträge gewissen Einschränkungen. So müssen diese Verträge eine „bevölkerungsbezogene Flächendeckung“ aufweisen. Was bedeutet das für die IV?

Straub: Grundsätzlich ist zu begrüßen, dass die Anschubfinanzierung für ein weiteres Jahr erhalten bleibt. Die Anschubfinanzierung war und ist ein wichtiger und sehr wirksamer Faktor für den dynamischen Ausbau der Integrierten Versorgung. Binnen weniger Jahre wurden Konzepte verwirklicht, die einen echten Fortschritt in den Zieldimensionen medizinische Qualität, ökonomische Effizienz und Service bedeuten und die so in den tradierten, sektoralen Kollektivvertragssystemen nicht zustande kamen. Dennoch hat die TK ihre Integrationsverträge so angelegt, dass sie auch ohne die Anschubfinanzierung wirtschaftlich tragfähig sind, um sie zukunftsfest zu machen. Problematisch ist, dass der Gesetzgeber mit der Vorgabe „bevölkerungsbezogene“ Verträge abzuschließen, wieder ein-

mal regulierend in den Wettbewerb der Ideen und Konzepte eingreift. Wie bereits gesagt, ist es das Ziel der TK, mit unterschiedlichen Ansätzen jeweils regional übergreifend verfügbare, eine Patientengruppe oder einen Versorgungsbereich breit abdeckende Angebote für ihre Versicherten zu schaffen. Und die TK ist auf diesem Weg in kurzer Zeit auch erkennbar vorangekommen. Es widerspricht aber der allgemeinen Vernunft und jedem unternehmerischen Denken, in Integrationsprojekten von vorneherein mit einer „bevölkerungsbezogenen Flächendeckung“ zu starten, anstatt einzelne Elemente kleinräumig zu testen, in der Folge funktionierende, vorteilhafte Ansätze zu größeren Einheiten zu verbinden und diese anschließend flächig auszuweiten. Die Integrationsversorgung ist ein wettbewerblicher Ansatz, der unternehmerischen Prinzipien folgt. Die Diskriminierung dieser Prinzipien im Gesetzentwurf ist ein Rückfall in ein erwiesenermaßen erfolgloses, planwirtschaftliches Denken.

BDI aktuell: Welche Auswirkungen haben andere Regelungen der Gesundheitsreform auf die IV-Verträge? Wird die TK weiterhin IV-Verträge abschließen?

Straub: Auch der Plan, dass die Integrationsverträge künftig den Kassenärztlichen Vereinigungen vorzulegen sind, ist abzulehnen, da hierdurch den Vertragspartnern jeder Innovationsvorsprung vollständig genommen wird. Ein gewisser Konkurrenzschutz ist aber zwingend für die Motivation der Akteure, Risiken einzugehen und Neues zu wagen. Im Übrigen melden die Krankenkassen schon heute die relevanten Inhalte ihrer Integrationsverträge an eine Registrierungsstelle. Ausgerechnet den Kassenärztlichen Vereinigungen die Verträge offenlegen zu müssen, deren institutionelles Interesse notwendig auf Behinderung der Aktivitäten rivalisierender

Vertragsparteien gerichtet sein muss, ist paradox. Man zweifelt an den wahren Zielen und Absichten des Gesetzgebers. Trotz dieser Hürden wird die TK aber auch in Zukunft einen Schwerpunkt ihres Engagements auf die Entwicklung und den Abschluss weiterer Integrationsverträge legen.

BDI aktuell: Sie haben den Aufbau der IV einmal als Evolutionsprozess bezeichnet. An welchem Punkt der Evolution sind wir inzwischen angelangt? Welche Zukunft geben Sie der Integrierten Versorgung?

Straub: Ich denke, dass wir, um im Bild der Evaluation zu bleiben, längst „von den Bäumen runter sind“. Sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer haben viel gelernt über die Entwicklung und das Management von solchen Verträgen. Auf beiden Seiten ist mehr Vertrauen und Offenheit entstanden – eine Notwendigkeit, wenn man Risiken eingehen und Neues miteinander verhandeln will. Auf dieser Basis ist es möglich, in wenigen Jahren für die relevanten Krankheiten und medizinischen Episoden (z. B. Transplantationen) innovative, integrierte Versorgungskonzepte zu etablieren und damit das seit Jahrzehnten anvisierte Ziel der Gesundheitspolitik zu erreichen: eine effizientere, sektorenübergreifend organisierte Medizin in Deutschland. Die wichtigste Voraussetzung ist, dass die Politik für diesen Zeitraum für Planungssicherheit und Stabilität der relevanten ordnungspolitischen Parameter sorgt, wie zum Beispiel den Erhalt wettbewerblicher Spielräume, die Möglichkeit, Geld der Leistung folgen zu lassen und so weiter.