

# Chancen und Risiken der Integrierten Versorgung

*Durch die gesetzliche Neukonstruktion im § 140 des Sozialgesetzbuchs V (SGBV) besteht die Gefahr einer Mehrklassenmedizin innerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung.*

*von Leonhard Hansen*

Der Gesetzgeber geht davon aus, dass integrierte Versorgungsformen effizienter und effektiver sind als bisherige Strukturen der Regelversorgung. In diesen Formen gelinge es besser, die Kooperation zwischen den unterschiedlichen Versorgungsebenen zu verbessern und Schnittstellenprobleme konsequent zu lösen.

Zweifelsohne existieren diese Probleme zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor, zwischen den Bereichen Kuration, Rehabilitation und Pflege. Sowohl die nach wie vor wachsende Anzahl chronisch Kranker als auch die Bevölkerungsentwicklung mit einer stetig steigenden Zahl von alten, vielfach multimorbiden Menschen führen uns täglich die Notwendigkeit vor Augen, die unterschiedlichen Ebenen der Betreuung und Behandlung unserer Patientinnen und Patienten stärker aufeinander abzustimmen. Gerade die Betreuung alter Menschen bedarf in besonderer Weise der Kooperation zwischen den Beteiligten und der Koordination des gesamten Behandlungsverlaufs vor allem durch den Hausarzt.

## Keine grundsätzliche Ablehnung

Der neu geschaffene § 140 SGBV sollte zur Lösung dieser Probleme beitragen. Er schafft jedoch Risiken, die in der Konsequenz gezielt die Mehrklassenmedizin im Rahmen der GKV protegieren. Wenn

die Risiken in diesem Beitrag im Vordergrund stehen bedeutet das nicht, dass die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (KVNo) die Idee der Integrierten Versorgung grundsätzlich ablehnt.

Der Gedanke des Verbundes von Leistungserbringern und ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Versorgung ihrer Patienten ist vielmehr der Kern des Konzeptes der Vernetzten Praxen, das wir nachhaltig unterstützen. Wir haben zum Beispiel mit Förderung der AOK Rheinland einen Strukturvertrag über ein Netz im Erftkreis abgeschlossen. Darüber hinaus haben sich im Bereich der KVNo rund 15 weitere Netzinitiativen gebildet, die wir mit unserem Know-how beraten und unterstützen.

Wir werden in Kürze zur Erweiterung unserer Beratungsangebote und zur Abstimmung unserer Aktivitäten zudem einen Netzmanager einstellen, der unseren Kolleginnen und Kollegen vor Ort helfen wird, koordinierte Behandlungskonzepte

unter Einbezug der niedergelassenen Ärzte, der Kliniken vor Ort, der Pflegedienste und der Reha-Einrichtungen umzusetzen.

Diese Initiativen belegen, dass wir dem Ansatz integrierter Versorgungsformen grundsätzlich positiv gegenüberstehen und sie als aussichtsreiche Chance zur Verbesserung der Versorgung sehen.

## Einzelverträge ohne KV möglich

Aber wir interpretieren die Chancen nicht in der Weise, wie der Gesetzgeber dies auf dem Boden des § 140 SGBV propagiert. Wir sehen Chancen zur Verzahnung der Versorgungsebenen vielmehr in der konsequenten Bereitschaft aller Beteiligten, koordinierte Behandlungskonzepte mit Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen zeitnah umzusetzen. Und diese Beteiligung ist in dem neu geschaffenen Paragraphen zur Integrationsversorgung eben nicht mehr zwingend.

In Zukunft können die Krankenkassen über Verträge mit den KVen hinaus Direktverträge mit einzelnen Krankenhäusern und mit Ärzteguppen – ohne Zustimmung der KV – für sektorübergreifende Vorhaben zur Vernetzung, Kooperation und Koordination des Behandlungsgeschehens abschließen. Die Teilnahme der Patienten und Ärzte ist freiwillig. Die sektoralen Budgets (Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung, Arznei- und Heilmittelbudget, Kranken-

*Der Autor dieses Beitrags, Dr. Leonhard Hansen, ist Vorsitzender der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Mitglied des Vorstandes der Kassenärztlichen Bundesvereinigung.  
Foto: Archiv*



\* Dieser Beitrag geht zurück auf einen Vortrag bei der Landesdelegiertenversammlung des Hartmannbund-Landesverbandes Nordrhein am 15. April in Bonn

hausbudgets) sind dabei zur Einhaltung der Gesamtbudgets um sämtliche Vergütungsanteile zu bereinigen beziehungsweise zu kürzen, die im Rahmen von Direktverträgen gezahlt werden.

Begründet wird die Notwendigkeit zur Etablierung von Einzelverträgen mit der nicht belegten Hypothese, dass nur durch eine direkte Steuerung durch den Kostenträger Wirtschaftlichkeitsreserven abgebaut, Leistungsmengen reduziert und Mängel in der Qualitätssicherung behoben werden können.

Die Verträge können von jeder einzelnen Kasse mit einzelnen Leistungserbringern geschlossen werden; geht es um die vertragsärztliche Versorgung, können nur Gemeinschaften von Vertragsärzten oder die KV der Vertragspartner sein. Mindestanforderungen und Durchführungsregelungen der Vorhaben sind in einer von den Spitzenverbänden gemeinsam und einheitlich mit der KBV zu schließenden Rahmenvereinbarung festzulegen.

In Verbindung mit den in § 64 ff. SGB V getroffenen Regelungen zu Modellversuchen, die auch mit einzelnen Ärzten – ohne Zustimmung der KVen – durchgeführt werden können, hat der Gesetzgeber durch die Möglichkeiten zur selektiven Vertragsgestaltung die Kompetenzen der Kassen entscheidend ausgeweitet, wider besseren Wissens die Stellung der Kassenärztlichen Vereinigungen bewusst geschwächt und die gleichmäßige und flächendeckende Versorgung unserer Patienten gefährdet. Die aus unserer Sicht zentralen Gefahren durch den § 140 sind die Aushöhlung des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen und die Risikoselektion.

### **Ordnungsfunktion gefährdet**

Der Sicherstellungsauftrag der KVen ist die Basis einer flächendeckenden, qualitativ hochstehenden und wirtschaftlichen Versorgung der GKV-Versicherten und Garant der solidarischen Ausgestal-

tung des Gesundheitswesens. Diese Ordnungsfunktion ist im Rahmen der neuen Gesetzgebung gravierend gefährdet; eine schleichende Aushöhlung unseres Auftrages zur Sicherstellung der Versorgung der Bevölkerung ist zu befürchten. Aus unserer Sicht ist durch diese Entwicklung die Versorgung unserer Patienten gefährdet, die nach § 70 SGB V „bedarfsgerecht“ und „gleichmäßig“, das heißt von allen Versicherten gleichermaßen erreichbar sein muss und dem „allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse“ zu entsprechen hat.

### **Flickenteppich unterschiedlichster Angebote**

Um diese Grundsätze erfüllen zu können, bedarf es zwingend der sorgfältigen Planung und Abstimmung der Selbstverwaltung auf Landesebene. Bei Einschränkung des Sicherstellungsauftrages der KVen könnten diese die Verantwortung für Qualität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung aller GKV-Patienten nicht mehr übernehmen, die Forderung nach Abstimmung und Koordination würde einseitig auf die Kassen und ihre Verbände übertragen.

Die Erfüllung dieser Aufgaben stehen für den Vorsitzenden des Sachverständigenrates im Gesundheitswesen, Prof. Dr. Friedrich Wilhelm Schwartz, in einem gravierenden Widerspruch zur Interessenlage der Kassen, die im Wettbewerb wenig Interesse an Abstimmung und Planung der wettbewerblich gewollten Versorgungsvielfalt zeigen dürften. Er sieht daher die zwingende Notwendigkeit, die zu erwartende Vertragsvielfalt auf ihre Bedarfsgerechtigkeit zu prüfen und die Kassen zu abgestimmtem Versorgungsverhalten zum Beispiel durch ein übergeordnetes Gremium zu verpflichten.

Die KVen werden nicht in der Lage und willens sein, die Verantwortung für die Folgen einer wettbewerbsinduzierten Zersplitterung

der Versorgungsstrukturen und -angebote im Rahmen einer Fraktionierung des Vertragsgeschehens zu übernehmen. So verlieren sie zum Beispiel allein auf Grund mangelnder Datenverfügbarkeit in „ausgegliederten“ Bereichen die Möglichkeiten zur Erfüllung ihrer Aufgaben in den Bereichen Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Inwiefern ein Flickenteppich unterschiedlichster Angebote mit Prinzipien einer solidarischen Krankenversicherung übereinstimmen kann, bliebe das Geheimnis der Regierungskoalition, die sich ansonsten gerne als wahre Hüterin sozialer Gerechtigkeit präsentiert.

Einer Aufteilung des Sicherstellungsauftrages dahingehend, dass die KVen ihn für die Regelversorgung behalten und die Kassen ihn für die Integrationsversorgung übernehmen, hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine klare Absage mit der Begründung erteilt, dies sei mit den Anforderungen an eine gleichmäßige, qualitätsgesicherte und flächendeckende Versorgung nicht kompatibel.

Denkt man die neu geschaffenen Möglichkeiten im Rahmen der Verträge zu Modellversuchen und zur Integrierten Versorgung konsequent zu Ende, so ist auf Grund der zu erwartenden Intransparenz und der letztlich nicht zu kontrollierenden Ausweitung von Direktverträgen die Zersplitterung der Versorgungsstruktur innerhalb der GKV unvermeidbar.

### **Risikoselektion sehr wahrscheinlich**

Unserer Ansicht nach besteht darüber hinaus die große Gefahr, dass die Integrationsversorgung, wie sie im Gesetz dargelegt ist, sich in Zeiten des Wettbewerbs der Kassen untereinander auf Kosten der restlichen Regelversorgung entwickeln kann.

Mittlerweile weiß man, dass vor allem die sogenannten guten Risiken, das heißt weitgehend gesunde, gutverdienende und überdurch-

schnittlich gebildete Versicherte, dem Wechsel von Kassenart oder Versorgungsform prinzipiell positiv gegenüberstehen.

Geht man davon aus, dass dies für den Wechsel in Formen der „Integrierten Versorgung“ nach § 140 auch zutrifft und multimorbide Patienten (drei Viertel der Ausgaben entfallen auf ein Viertel der Patienten) sich mit dem Wechsel in neue Versorgungsangebote eher schwer tun, dann ist eine potentielle Risiko-selektion unschwer zu prognostizieren.

Ich sehe die KV in der Pflicht, hier eine Schutzfunktion für die Patientengruppen zu übernehmen, die in einem Wettbewerb auf der Basis von Risikoselektion benachteiligt würden. Anreize zur Selektion von Risiken sind auf jeden Fall dann gegeben, wenn einer günstigen Risikostruktur ein zu hoher Budgetanteil zugeteilt wird. In der Umkehrung bedeutet dies, dass für die Versorgung behandlungsaufwendiger Patienten in der „Restversorgung“ entsprechend weniger beziehungsweise zu wenig Geld zur Verfügung steht.

Um dies zu verhindern, ist die möglichst exakte Ermittlung der jeweiligen Budgetanteile beziehungsweise der durch die integrierten Versorgungsformen ausgelösten Leistungsströme unabdingbar. Die Gefahren im Zusammenhang mit Integrationsverträgen nach § 140 sind dabei um so höher, je weniger es gelingt, den Vergütungsanteil valide zu bestimmen.

Integrationsverträge dürfen nicht zu Lasten der übrigen Versorgungsbudgets geschlossen werden. Dies heißt: Erhalten die Vorhaben zur Integrierten Versorgung ein eigenes Budget, so muss sich die Verteilung der Vergütung auf die Integrationsversorgung einerseits und auf die Regelversorgung andererseits näherungsweise am geschätzten Versorgungsbedarf der jeweiligen Versicherten beziehungsweise an dem zu erwartenden Ausgaben-niveau orientieren. Die Struktur der Morbiditätsrisiken ist einzubezie-

hen, will man hier nicht die Ungleichbehandlung von „Integrationsärzten“ und dem „Rest“ der Ärzte bewusst in Kauf nehmen.

Diese wäre zum Beispiel dann gegeben, wenn „Integrationsärzte“ bei Übernahme von Budgetverantwortung ein besonderes Interesse daran zeigen, Patienten mit einer möglichst günstigen Risikostruktur zu versorgen. Sie könnten für diese Fälle ein Vergütungsangebot der Kassen unterhalb der Kopfpauschale akzeptieren, das Ergebnis würde als „Einsparung“ definiert und wettbewerksam zur Finanzierung eines Bonus für die an der Netzversorgung teilnehmenden Patienten verwandt.

### **Keine Einkaufsmodelle mit Dumpingpreisen**

Was lässt sich nun auf Grund der geänderten Gesetzeslage als Kassenärztliche Vereinigung tun? Wir werden uns zunächst darum bemühen, dass die KV bei Vorhaben zur Integrierten Versorgung Vertragspartner ist; dies ist im übrigen auch der ausdrückliche Wunsch unserer „Netzkollegen.“ Darüber hinaus werden wir sicherlich mit aller Konsequenz und aller Kraft zu verhindern suchen, dass ärztliches Tun in Einkaufsmodellen der Kassen zu Dumpingpreisen gehandelt wird.

Die Produktpalette ärztlicher Dienstleistungen zu beeinflussen, ihren Preis zu bestimmen und ärztliches Handeln umfassend zu kontrollieren, erscheint für die Kassen in Zeiten des aggressiven Wettbewerbs verlockend. Der Preis, den unsere Kollegen zahlen, ist hoch – die Kassen wird es sanieren, uns wird es ruinieren.

Im Wettbewerb stehen die Kassen unter dem ökonomischen Zwang der Beitragssatzoptimierung, dies wird das leitende Prinzip von Direktverträgen sein. Modellversuche und Verträge zur Integrierten Versorgung ohne Beteiligung der KVen führen mittelfristig zwangsläufig zur Konkurrenz unter

den Anbietern und in der Folge zu sinkenden Preisen für ärztliche Leistungen. Boten die KVen bislang quasi als „Bollwerk“ Schutz vor Dumpingpreisen, sind nunmehr Entwicklungen eingeleitet, die das in Frage stellen.

### **Rahmenvereinbarung erforderlich**

Betrachtet man die Reaktionen der Kassen auf den § 140 SGB V, so könnte man sich zum Beispiel vom Verband der Angestellten-Krankenkassen beruhigen lassen, der zwar gegen das Monopol der KVen bei Vertragsabschlüssen ist, ihren Sicherstellungsauftrag im Bereich der Integrierten Versorgung jedoch nicht tangiert sehen will.

Es ist in der Tat so, dass Verbändevertreter, aber auch Vorsitzende einzelner Kassenarten durchaus sehen, dass es äußerst schwierig sein wird, die gesetzlichen Möglichkeiten umzusetzen. Man hat bei den Kassen den Eindruck, dass die anfängliche Euphorie einer realistischeren Sichtweise gewichen ist. Sie haben erkannt, dass die Etablierung derartiger Versorgungsformen nur dann Sinn macht, wenn sowohl mehrere Kassen an einem Strang ziehen als auch von einer bestimmten Einwohnerzahl innerhalb eines Versorgungsnetzes (20.000 bis 40.000) ausgegangen werden kann.

Dennoch wäre es falsch, die künftige Entwicklung einfach abzuwarten und sich in falscher Sicherheit – auch bezüglich der Absichten unserer eigenen Mitglieder – zu wiegen. Sowohl die Spitzenverbände der Kassen als auch die KBV müssen daher ein Interesse daran haben, zum Abschluss einer „guten“ Rahmenvereinbarung zu kommen, die laut Gesetzgeber Mindestanforderungen und Voraussetzungen zur Teilnahme an der Integrierten Versorgung festlegen soll.

### **Flexible Vertragspolitik**

Trotz der bestehenden Unsicherheiten über die Entwicklung der selektiven Vertragsgestaltung werden

wir für das Jahr 2000 eine offene und flexible Vertragspolitik betreiben. Neben den erprobten Feldern werden wir uns weiteren innovativen Bereichen zuwenden wie einer Neustrukturierung des Notdienstes, der Erprobung von Leitlinien bei ausgewählten Krankheitsbildern und einem Modell zur Kooperation im Rahmen der hausärztlichen Versorgung. Wir beschäftigen uns intensiv mit möglichen Vertragsinhalten über die vernetzte Versorgung spezieller schwerwiegender und/oder chronischer Erkrankungen, die in besonderem Maße einer sektorübergreifenden integrierten Betrachtungsweise bedürfen.

## **Schnittstellen integrativ regeln**

Ich werde mich engagiert dafür einsetzen, dass wir uns in Zukunft verstärkt Vorhaben zuwenden, die die Schnittstellen der Sektoren ambulant und stationär integrativ regeln. Wir werden uns in unseren Vernetzungsprojekten intensiv um den Einbezug des stationären Sektors zu bemühen haben; weitgehend nicht geklärte Fragen zur Übernahme von Budgetverantwortung sowohl für den ambulanten als auch für den stationären Sektor sind gemeinsam anzugehen.

Der zweifelsohne starke politische und ökonomische Druck auf beide Sektoren, auf die Kliniken und auf unsere Praxen, wird die Bereitschaft zur Etablierung neuer Versorgungsstrukturen unter Berücksichtigung gegebener Zuständigkeiten stärken und die Neugestaltung von gewohnten Abläufen mit sich bringen. Beide Seiten sind dabei angewiesen auf eine strukturierte arbeitsteilige Kooperation.

Entscheidend wird sein, ob es uns gelingt, die Versorgung unserer Patienten an der Schnittstelle zwischen dem ambulanten und dem stationären Sektor zu optimieren. Dies bedingt in der Zukunft unter anderem:

- einen regelmäßigeren Austausch von Kollegen in den Kliniken

und in den Praxen im Rahmen von Qualitätszirkeln;

- eine Intensivierung und Gewährleistung des Kommunikationsflusses; als Beispiele sind zu nennen: der Besuch des behandelnden Arztes vor der Entlassung des Patienten oder auch die Erprobung elektronisch gestützter Kommunikationsnetze;
- die Sicherstellung unserer Präsenz über das bisherige Ausmaß hinaus;
- eine effizientere Kooperation zwischen ärztlichem Bereitschaftsdienst und dem Rettungsdienst sowie eine intensiviertere Aufklärung der Bevölkerung über die jeweiligen Aufgabenbereiche;
- generelle Verbesserungen des vertragsärztlichen Notdienstes durch Einrichtungen von Notfallpraxen am Krankenhaus, die im Interesse beider Sektoren entscheidend dazu beitragen könnten, die nach wie vor zu große Anzahl von Selbsteinweisungen zu reduzieren – dieser Aspekt spielt im Rahmen eines aktuellen Projektes der KV Nordrhein zur Optimierung des Notdienstes eine zentrale Rolle;
- den Ausbau der gemeinsamen Nutzung von Großgeräten und High-Tech-Anlagen wie auch von Praxis- und Klinikeinrichtungen zur Reduktion freier Kapazitäten und Doppeluntersuchungen.

Ich bin fest davon überzeugt, dass die Lösung unserer gegenwärtigen Probleme nur in einem strukturierten Miteinander liegen kann. Sowohl die Hausärzte und die Fachärzte als auch die Kassenärztlichen Vereinigungen werden hierzu konstruktiv ihren Beitrag leisten wollen.

## **Ruder in der Hand behalten**

Die ärztlichen Berufsverbände und die KVen sind in diesen Zeiten mehr denn je aufgerufen, ihre Erfahrungen, ihre Kompetenz und ihre Kraft dafür einzusetzen, dass uns

das Ruder nicht vollends aus der Hand genommen wird. Wir alle wissen um Strömungen, unsere Profession in ihren elementaren Funktionen zu beschneiden.

So mancher Politiker favorisiert die Schwächung unseres ärztlichen Expertentums zu Gunsten von aufgeblähter Administration und Überreglementierung, zu Gunsten auch der Aufwertung von Verbraucherverbänden als vermeintlich „wahren“ Vertretern der Interessen unserer Patientinnen und Patienten. Viele Berufene und Unberufene sehen ihre Chance zur Profilierung gekommen. Wir werden diesen Weg nicht mitgehen.

## **Budgetierung bedeutet Rationierung**

Wir werden auch nicht nachlassen in dem Bemühen, der Politik klarzumachen, dass Budgetierung in der Konsequenz Rationierung nach sich zieht. Um diesem Dilemma zu entgehen, brauchen wir eine offene Diskussion darüber, was eine solidarische Krankenversicherung unter den gegebenen gesellschaftlichen und ökonomischen Rahmenbedingungen leisten kann – die Rentendebatte zeigt die Richtung an, der die GKV sich nicht wird entziehen können.

Wir vertreten die Auffassung, dass das Gesundheitswesen jetzt und in Zukunft ein enormer Wachstumsmarkt mit bisher nicht ausgeschöpften Chancen für den Standort Deutschland ist – will man seine Potentiale nutzen, brauchen wir einen ideologiefreien Konsens über seine Zukunftsfähigkeit.

Um die Position der Kassenärztlichen Vereinigung im Zusammenspiel der beteiligten Akteure im Gesundheitswesen nach außen überzeugend zu vertreten, benötigen wir jedoch Geschlossenheit nach innen. Dies gilt auch für unser Engagement, den beschriebenen Gefahren der „Integrierten Versorgung“ mit geeigneten Strategien gegenüberzutreten.