

Integrierte Versorgung nach der Strukturreform im Gesundheitswesen

Der Weg bleibt steinig

Von Michael Späth



Vorsitzender der KV
Hamburg Dr. Michael Späth

Die Ankündigungen lasen (und lesen) sich, als täten sich völlig neue Pfade im Dschungel des Gesundheitswesens auf. „Integrierte Versorgung auf dem Vormarsch“ – so und ähnlich tönt es aus Politikermund, wird gerne nachgesungen von Vertretern der Krankenkassen und abgeschrieben in den Gazetten. Doch leider sind auch die Bauten der integrierten Versorgung im Potemkin’schen Dorf der vergangenen Gesundheitsreform kaum stabiler als die Fassade des Vorgängers. Der Weg in die integrierte Versorgung bleibt steinig und lohnt sich nur selten. Gleichwohl: Geprüft werden sollte er schon!

Wer sich als Arzt mit der integrierten Versorgung beschäftigen möchte, steht vor einer Fülle von Fragen; da ist die Gefahr groß, sich in vielen verschiedenen Problembereichen zu verheddern und irgendwann einmal den Wald vor lauter Bäumen nicht mehr zu sehen. Deswegen lohnt es sich, die Fragen zur integrierten Versorgung zu sortieren. Denn es gibt die unterschiedlichsten Aspekte:

Juristisch: Wie muss eine integrierte Versorgung aufgebaut sein? Wer macht mit? Welcher Vertrag muss abgeschlossen werden?

Finanziell: Wie ist die integrierte Versorgung honoriert? Wer zahlt meine Investition? Von wem erhalte ich mein Geld?

Inhaltlich: Was soll die integrierte Versorgung bewirken? Wer soll von ihr profitieren? Warum soll ich mich darin engagieren? Schaut man sich diese Ausgangslage an, erkennt man schnell, dass die Fragestellungen exakt dieselben sind, die sich viele Ärztinnen und Ärzte vor Jahren gestellt hatten, als es darum ging, ob man ein Ärztenetz gründen oder sich an einem beteiligen sollte oder nicht. Und in der Tat geht es um ähnliche Fragen – und es geht vor allem darum, Fehler, die gemacht wurden, zu vermeiden.

Der häufigste Fehler, an dem die meisten Initiativen für Ärztenetze gescheitert waren, liegt darin, die formalen Fragen zuerst anzugehen: Wie soll die Organisation aussehen? Soll ein Verein oder eine GmbH gegründet werden? Wer macht (und finanziert!) die Geschäftsführung? Antworten auf diese Fragen ergeben sich automatisch und logisch, wenn man weiß, was man machen will. „Form follows function“ sagt der Amerikaner mit seiner unnachahmlichen Meisterschaft des prägnanten Schlagwortes.

Dieser Grundsatz stimmt auch für die integrierte Versorgung: Wer sich zunächst damit beschäftigt, welche juristischen Fallstricke bei der Abfassung eines Vertrages zu beachten sind, mag nach mancherlei Mühen in der Lage sein, einen juristischen Fachaufsatz zu schreiben (oder zu verstehen). Aber sein Projekt wird er nicht weitergebracht haben. Auch die „Schimäre des 1 Prozent“ – jene gezielte Falschmeldung über eine „Anschubfinanzierung“, die es so gar nicht gibt – darf niemals das Handeln bestimmen.

Es ist wie bei allen Projekten: Zunächst muss es um den Inhalt gehen, um die Frage, was wollen wir erreichen? In dieser Frage stecken bereits zwei Aufgaben:

1.) Was soll inhaltlich-medizinisch integriert werden? Welche Indikationen sollen umfasst werden, welche Leistungen, welche Patientengruppen? Was soll sich ändern gegenüber dem jetzigen System?

2.) Mit wem möchte ich zusammenarbeiten? Wer passt zu meinem Arbeitsstil? Wer ergänzt mein Leistungsspektrum? Wer unterstützt meine inhaltlichen Ziele?

Gewiss, das sind jetzt nicht die großen Fragen der integrierten Versorgung, die bei den Veranstaltungen zu diesem Thema derzeit anhand bunter Folien und mit Hilfe von beredten Präsentatoren diskutiert werden. Aber es sind die entscheidenden Fragen. Wer auf sie keine Antwort hat, kann die juristischen Voraussetzungen der integrierten Versorgung noch so gut erarbeitet haben, er wird niemals eine integrierte Versorgung aufbauen können. Denn er kennt sein Ziel nicht, und die integrierte Versorgung ist immer nur ein Hilfsmittel, um ein Ziel zu erreichen, sie kann niemals Selbstzweck sein.

Antworten auf die genannten Fragen erhält man am besten in einer Diskussion mit denjenigen, die sich für ein solches Projekt interessieren. Für diese Diskussion sollte man sich Zeit nehmen, denn sie ist einer der wichtigsten Schritte eines Projektes integrierte Versorgung. Man sollte sie nicht am Abend nach einem anstrengenden Praxistag führen, sondern ausgeruht. Ein Samstag oder ein freier Tag sollte es schon wert sein, geopfert zu werden für die Frage, ob man seine Arbeit in völlig veränderten Rahmenbedingungen fortsetzen möchte oder nicht.

Am besten ist es, wenn diese Diskussion von einem Außenstehenden moderiert wird. Denn das Ergebnis muss systematisch erarbeitet und vor allem dokumentiert werden. Was an diesem Tag (oder einem Folgetermin) erarbeitet wird, ist die Basis all dessen, was folgen wird. In diesem Kreis ist zu klären, ob alle dasselbe Ziel verfolgen, wer bereit ist, ernsthaft mitzuarbeiten, und vor allem auch, wo die Grenzen des individuellen Engagements liegen. Gerade bei letzterem Punkt muss eine gemeinsame Linie gefunden werden; sie ist verbindlich für alle, verpflichtet aber auch jeden, innerhalb dieses Rahmens mitzuarbeiten. Das ist wichtig für die Überwindung des unvermeidlichen „Hängers“, in den jedes Projekt das eine oder andere Mal gerät: Die Rückbesinnung auf die vereinbarten Ziele hilft, wieder den Wald zu sehen und nicht nur die Bäume, die den Blick verstellen.

Bis auf den Moderator, der dieses Treffen begleitet, kann und sollte diese Arbeit völlig intern ablaufen. Denn das Festlegen der Ziele, das Abstecken des Rahmens, innerhalb dessen man bereit ist, das Abenteuer „integrierte Versorgung“ zu wagen, kann man nicht delegieren; dies geht nur durch eine genaue Prüfung der eigenen Wünsche und der eigenen Risikobereitschaft.

Beim nächsten Schritt ist externer Sachverstand allerdings unabdingbar. Denn nun geht es darum, das gefundene Ziel in ein Leistungspaket – oder mehrere – zu binden und es vor allem mit einem Preis zu versehen. Das Ziel der integrierten Versorgung (welche Patienten mit welcher Indikation sollen versorgt werden?) muss genau mit

einem exakten Leistungspaket definiert sein. Diese Arbeit ist wichtig, denn sie entscheidet darüber, welche Verantwortung die Teilnehmer an einer integrierten Versorgung übernehmen. Je mehr einzelne Leistungen in das Paket gepackt werden, umso stärker wird das Morbiditätsrisiko übernommen. Die andere Seite der Medaille ist, dass der Preis für das Leistungspaket umso höher sein kann, je mehr Leistungen umfasst sind.

Die Definition des Leistungspaketes und vor allem die Preisfindung dürften ohne externe Hilfe kaum gelingen. Vor allem die Kalkulation eines Preises, der für die Krankenkassen ebenso interessant ist wie für die Teilnehmer an der integrierten Versorgung, ist eine schwierige Aufgabe, die eine Arztgruppe schnell überfordern kann.

Erst wenn dies fertig ist, sollte man Kontakt zu den Krankenkassen aufnehmen. Erst jetzt stellen sich die Fragen, die (zu) häufig am Anfang einer Diskussion um die integrierte Versorgung stehen: Welche rechtlichen Möglichkeiten gibt es, ein solches Projekt umzusetzen? Wie sollen wir uns organisieren? Wie wird das Projekt finanziert?

Auch an diesem Punkt hat die jüngste Reform im Gesundheitswesen sehr viel weniger geändert, als es das Getöse glauben machte. Kurz zusammengefasst können alle zugelassenen Leistungserbringer im Gesundheitswesen in jeglicher Zusammensetzung einen Vertrag zur integrierten Versorgung mit einer oder mehreren Krankenkassen schließen. Nur eine Voraussetzung ist zu erfüllen: Der Leistungserbringer muss zugelassen sein, das heißt, er muss Leistungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen dürfen.

An der viel diskutierten Rolle der Kassenärztlichen Vereinigung hat sich in diesem Zusammenhang so gut wie nichts geändert. Schon unter dem alten Recht war es nicht zwingend, dass eine KV einem Vertrag zur integrierten Versorgung angehören musste, selbst wenn niedergelassene Vertragsärzte beteiligt waren. Hätten die Vertragspartner aber eine vertragliche Einbindung der KV gewünscht, so wäre dies möglich gewesen. Genau so ist es heute: Zwar ist die KV in der Aufzählung möglicher Partner nicht mehr enthalten, aber sie kann als „Dritte“ im Sinne des § 140 b Abs. 5 SGB V einem solchen Vertrag beitreten – wenn die übrigen Vertragspartner dies wünschen.

In einem Vertrag der integrierten Versorgung können praktisch alle gesetzlichen Regelungen des Gesundheitswesens in veränderter Form vereinbart werden. Diese große Freiheit hat auch eine Kehrseite: In einer integrierten Versorgung müssen entweder die

einschlägigen Bestimmungen beispielsweise der Bundesmantelverträge und der Qualitätssicherungsvereinbarungen explizit übernommen oder sie müssen eigens formuliert werden. Denn der Sicherstellungsauftrag der KVen (und damit alle mit ihm zusammenhängenden Fragen) gilt im Rahmen einer integrierten Versorgung nicht mehr. Schon aus diesem Grund kann es geradezu zweckdienlich sein, die KV mit einzubinden.

Und die „Anschubfinanzierung“? Sie ist die schillerndste Hütte im Potemkin'schen Dorf der integrierten Versorgung. Denn so, wie es kolportiert wird, gibt es sie nicht. Es gibt keinen „dritten Topf“, in dem sich jetzt Gelder ansammeln für entsprechende Projekte. Und die Gelder, die möglicherweise auf diesem Weg aus der Gesamtvergütung der KV und den Krankenhausbudgets herausgelöst werden, stellen auch keine „Anschubfinanzierung“ im eigentlichen Sinne dar, sondern dürfen nur ausgegeben werden, um ärztliche Honorare in einem System der integrierten Versorgung zu finanzieren.

Auch insoweit hat sich nichts geändert: Zuerst muss ein Vertrag auf dem Tisch liegen. Dieser Vertrag wird dann einer Clearingstelle auf Bundesebene vorgelegt (der Bundesstelle Ärztliche Qualitätssicherung), die überprüft, ob der kalkulierte Finanzbedarf plausibel ist. Erst wenn diese Prüfung positiv verlaufen ist, darf die beteiligte Krankenkasse die entsprechenden Mittel in ihrem KV-Bezirk bereinigen – das Verfahren hierzu ist allerdings noch völlig offen.

Unter dem Strich ist die große Revolution in der integrierten Versorgung ausgeblieben. Es bleibt dabei, dass nur medizinisch sinnvolle Vorhaben eine Chance der Umsetzung haben. Es bleibt dabei, dass man die Mühen der Ebene nicht unterschätzen darf, die vor der Ersteigung des Integrierte-Versorgung-Gebirges liegen.

Die KV Hamburg wird ihre Mitglieder weiterhin im Rahmen des (noch) gesetzlich Möglichen unterstützen. Hierzu zählen Beratungsleistungen ebenso wie die Bereitstellung von Daten. Aufgaben, die darüber hinaus gehen, können die Ärzte bei der „MediTool“ einkaufen, die ja genau zu dem Zweck gegründet wurde, die Ärzte dort zu unterstützen, wo es die KV nicht mehr darf. Chancen für Projekte der integrierten Versorgung dürfte es gerade in einer Region wie Hamburg mit seiner hohen Versorgungsdichte und dem großen Grad an Spezialisierungen viele geben, aber es gilt in jedem Falle: Drum prüfe, wer sich...