

DGIV akut

Unser neues Magazin DGIV akut



Liebe Mitglieder der DGIV,
liebe Leser,

heute steht Ihnen die erste Ausgabe unseres neuen Magazins DGIV akut zur Verfügung. Bereits seit einiger Zeit stellen

wir Ihnen mit unserem Newsletter „DGIV aktuell“ monatlich Informationen zur Verfügung, die Sie auf unseren Internetseiten bequem über ein Login im Mitgliederbereich einsehen können. Mit unserem Magazin DGIV akut möchten wir Ihnen einen zusätzlichen Service anbieten. Es soll Ihnen zum einen aktuelle und interessante Informationen aus dem Bereich der Gesundheit und der Gesundheitspolitik bieten. Zum anderen soll Ihnen das Magazin als Plattform dienen, um sich auf fachlicher Ebene

auszutauschen. Hier finden Sie aufmerksame Leser und Mitstreiter für Ihre Ideen. Nutzen Sie diese Gelegenheit.

Sollten Sie inhaltliche oder formale Anregungen haben — die Redaktion freut sich über Ihre Hinweise und Tipps. Fordern Sie uns - wir stehen auf einer Seite!

Ihr
Dr. med. Thomas-F. Gardain
Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung e.V. (DGIV e.V.)

Veranstaltungshinweise:

- 23.04.2008 Berlin workshop: Gestaltung von Verträgen zu neuen Versorgungsformen
- 24.04.2008 Berlin Initiativworkshop: E-Health und integrierte Versorgung
- 28.04.2008 Hamburg Seminar: Integrierte Versorgung und Vergaberecht
- 19.06.2008 Koblenz Seminar: Kooperative Leistungserbringung - Notwendigkeit und Nutzen

Weitere Informationen auf unserer Internetseite www.dgiv.org

In dieser Ausgabe

- Weiterentwicklung der integrierten Versorgung erforderlich **1**
- Wettbewerbsstärkungsgesetz und integrierte Versorgung **2**
- Ärztetzetze **3**
- BSG kippt Barmer-Hausarztvertrag **3**
- Vertragszertifizierung durch die DGIV **3**
- DGIV-Fortbildung zum Prozeßmanager **4**
- Aktuelles zu Versorgungsverträgen **4**

Weiterentwicklung der integrierten Versorgung erforderlich

Der Gesetzgeber plant das Gesundheitswesen weiter zu reformieren. Die Weiterentwicklung der integrierten Versorgung sollte hier eine zentrale Aufgabe sein.

Die künftigen Regelungen zur integrierten Versorgung müssen zum einen die mit der integrierten Versorgung verbundenen Innovationsmöglichkeiten in der Patientenbehandlung fördern und zum anderen die Finanzierung der Versorgungsprojekte dauerhaft auf neue Beine stellen.

Die bisherige Anschubfinanzierung diene insbesondere auch als Anreiz für Leistungserbringer, sich mit alternativen Versorgungsmodellen vertraut zu machen und eingetretene Pfade zu

verlassen. Nunmehr dürften ausreichend Erfahrungen mit der Umsetzung der Versorgungsverträge vorhanden sein, um die integrierte Versorgung als Schrittmacher für innovative Behandlungspfade zu etablieren.

Die fach- und sektorübergreifende Zusammenarbeit von Leistungserbringern bietet noch eine Vielzahl von qualitativ hochwertigen Möglichkeiten zur Behandlung von Patienten. Dazu sind möglichst viele Leistungserbringer zur integrierten Versorgung zuzulassen.

Die Erfahrungen der ersten Jahre haben auch zu umfangreichen Erfahrungen in der wirtschaftlichen Umsetzung der Versorgungsverträge geführt. Deshalb

ist es zweckmäßig, dass sich die integrierten Versorgungsprojekte intern durch höhere Qualität und Wirtschaftlichkeit selbst finanziell tragen. Hier ist der Gesetzgeber gefordert, überprüfbare Effizienzkriterien aufzustellen. Nur wenn diese von einem Projekt erreicht werden, steht der Weg zu einer allgemeinen Kofinanzierung offen. Denkbar ist dazu ein Beitrag von 1% der Gesamtvergütung aus dem Gesundheitsfonds.

Die DGIV hat gemeinsam mit dem Bundesverband Managed Care ein Positionspapier (nachzulesen bei: www.dgiv.org) mit Vorschlägen zur Weiterentwicklung der integrierten Versorgung entworfen und leitet dieses dem Gesetzgeber zu.



Ulla Schmidt, Bundesministerin für Gesundheit, Foto: BMG

WETTBEWERBSSTÄRKUNGSGESETZ UND INTEGR. VERSORGUNG

Mit dem Wettbewerbsstärkungsgesetz hat der Gesetzgeber die Regelungsmöglichkeiten in der integrierten Versorgung ausgebaut und auch die Voraussetzungen für andere neue Versorgungsformen attraktiver gestaltet.

Die gesetzlichen Regeln eröffnen zwei Vertragsmodelle für eine integrierte Versorgung: Verträge zur leistungssektorenübergreifenden Versorgung und zur interdisziplinär-fachübergreifenden Versorgung.

Vertragsmodelle

Die leistungssektorenübergreifenden Verträge regeln u. a. die Versorgung durch stationäre und ambulante Leistungserbringer. Hierzu zählen also insbesondere die IV.-Verträge zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern. Dabei legt die aktuelle Rechtsprechung Wert darauf, dass aus jedem dieser Sektoren auch mindestens ein Leistungserbringer den Vertrag unterzeichnet. Einen Vertrag zwischen niedergelassenen Ärzten und der Krankenkasse, in dem sich diese auch zur Vornahme von Leistungen aus anderen Sektoren, wie z.B. Arzneimittel oder Krankenhausbehandlungen, verpflichten, hält die Rspr. für zweifelhaft.

Eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung dürfte nur in den Fällen vorliegen, in denen sich mehrere niedergelassene Ärzte verschiedener Fachrichtungen zu einem IV-Vorhaben zusammenschließen. Insoweit spielen in dieser Vertragsform die Erbringer stationärer Leistungen keine Rolle.

Das Wettbewerbsstärkungsgesetz

Mit der Entwicklung der integrierten Versorgung im Gesundheitswesen zeigt sich der Gesetzgeber zufrieden. Er sieht die Startphase als abgeschlossen und hat nach eigenem Verständnis durch das GKV-WSG die zweite Phase in der integrierten Versorgung eingeläutet.

Die Anschubfinanzierung

Bis zur Einführung des neuen Vergütungssystems für ambulante Leistungen bleibt die Anschubfinanzierung erhalten. Allerdings sollen die Verträge nunmehr eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung gewährleisten. Dazu heißt es in der Begründung zum Regierungsentwurf (Besonderer Teil):

Eine bevölkerungsbezogene Flächendeckung ist insbesondere dann anzunehmen, wenn entweder in einer größeren Region (z.B. mehrerer Stadt- oder Landkreise) die Behandlung einer versorgungsrelevanten Volkskrankheit (z.B. Diabetes, Schlaganfallprävention oder Bandscheibenerkrankungen) umfassend in einer integrierten Versorgung angeboten wird oder in einer auch kleineren Region das gesamte oder ein Großteil des Krankheitsgeschehens der Versicherten in einer integrierten Versorgung ermöglicht wird.“

Unter einer Volkskrankheit sind solche Krankheiten zu verstehen, von denen ein großer Teil der Bevölkerung betroffen ist. Dazu gehören z.B. Diabetes, Herz- und Kreislauferkrankungen, Bluthochdruck, Venenleiden, Schlaganfall, Osteoporose, Rückenschmerzen, Allergien, Krebs und Rheuma. Eine einheitliche Definition für den Begriff der Volkskrankheit gibt es nicht.

Modelle zur integrierten Versorgung derartiger Krankheiten müssen überregional angeboten werden. Da Krankenhäuser regelmäßig einen großen, wenn auch kaum bestimmbareren Einzugsbereich haben, dürften grundsätzlich Modelle unter der Beteiligung von Krankenhäusern die erforderliche Reichweite haben. Anders dürfte es bei einer interdisziplinären Versorgung mit mehreren niedergelassenen Leistungserbringern aussehen. Der Einzugsbereich einer Arztpraxis ist üblicherweise recht überschaubar, so dass sich hier schon mehrere Leistungserbringer aus verschiedenen Regionen zusammenschließen müssten.

Die zweite Variante einer anschubfinanzierten integrierten Versorgung ist ein Modell, das den Großteil des Krankheitsgeschehens einer kleineren Region abdeckt. Diese Vorstellung des Gesetzgebers ist inhaltlich noch weniger fassbar als die erste Variante. Ist darunter etwa ein Modell zu verstehen, in dem die gesamte stationäre Versorgung der Einwohner eines Landkreises in einem Krankenhaus erfasst wird? Oder müssen alle niedergelassenen Ärzte einem solchen Vertrag beitreten, damit auch wirklich das nahezu gesamte Krankheitsgeschehen abgebildet werden kann? Die in der Gesetzesbegründung gewählte Formulierung lässt nicht viel Spielraum, um hier eine sachgerechte Lösung zu finden.

sung zu finden.

Einbeziehung der Pflege

Die Pflege wird in die integrierte Versorgung einbezogen. Zu diesem Zweck können nicht nur die Krankenkassen, sondern auch die Pflegekassen Verträge mit den Leistungserbringern abschließen. An diesen Modellen der integrierten Versorgung dürfen sich auch Pflegeeinrichtungen beteiligen.

Dies vorausschauend können niedergelassene Ärzte und ambulante Pflegedienste Vertragsmodelle zur häuslichen Pflege von hilfsbedürftigen Personen entwickeln. Die bisher zwingende Mindestbeteiligung von zwei ärztlichen Leistungserbringern im Bereich der interdisziplinären Versorgung wird damit aufgehoben.

Zu beachten ist in der Vertragsgestaltung jedoch, dass es zu keinen Mittelverschiebungen zwischen Krankenkasse und Pflegekasse kommt.

Ambulante Krankenhaus-Leistungen

Krankenhäuser sind nunmehr berechtigt, ambulante Leistungen nach § 116b SGB V auch im Rahmen von Modellen zur integrierten Versorgung zu erbringen. Damit können Krankenhäuser in zweierlei Hinsicht an der integrierten Versorgung teilnehmen: zum einen im Rahmen der stationären Behandlung und zum anderen mit bestimmten ambulanten Leistungen.

Es sind jetzt integrierte Versorgungsmodelle für onkologische Patienten denkbar, in denen ein Krankenhaus die stationäre Behandlung übernimmt und anschließend die ambulante Nachsorge oder auch Chemotherapie unter Inanspruchnahme der Möglichkeiten der Krankenhausapotheke durchführt.

Resümee

Der Gesetzgeber hat den Stellenwert der integrierten Versorgung gegenüber der Regelversorgung deutlich verbessert. Es bleibt abzuwarten, welche Konsequenzen die Anforderung des Gesetzgebers an die bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Verträge haben wird. Im Zusammenspiel mit den anderen erweiterten Versorgungsmöglichkeiten der §§ 73a ff SGB V bietet die integrierte Versorgung mehr denn je Chancen für eine innovative Patientenbehandlung.

Ärztetze

Die integrierte Versorgung hat das Ziel durch eine zwischen den Leistungserbringern abgestimmte Patientenbehandlung die Qualität zu verbessern und Kosten zu sparen. Ein erster Schritt in diese Richtung sind Ärztenetze.

In Deutschland haben sich zwischenzeitlich zahlreiche Ärztenetze gegründet. In der Regel schließen sich hier niedergelassene Ärzte einer bestimmten Region als Verein oder Genossenschaft zusammen. Ziel ist es insbesondere Doppeluntersuchungen bei Patienten zu vermeiden und bestimmte Behandlungsstandards zu gewährleisten.

Im Ärztenetz Hamburg-Nordwest haben sich mehr als 100 niedergelassene Ärzte sowie etwa 20 weitere Leistungserbringer zusammen geschlossen. Innerhalb dieses Netzes werden Gesundheitszentren gegründet, deren Mitgliedspraxen räumlich eng verbunden sind und Daten über ein Intranetz austauschen.

Das im Jahr 1999 gegründete Regensburger Ärztenetz hat mehr als 200 ärztliche Mitglieder und bemüht sich um eine abgestimmte Patientenbehandlung auf qualitativ bestmöglichem Niveau. Dazu wurden Qualitätszirkel gegründet und werden regelmäßig fachliche Fortbildungen durchgeführt.

Das bereits im Jahr 1998 gegründete Ärztenetz Rhein-Main mit etwa 130 Mitgliederpraxen setzt nicht nur auf eine Kooperation der Leistungserbringer. Auch Patienten, insbesondere mit chronischen Krankheiten werden geschult.

Die Ärztenetze übernehmen in

der ambulanten Patientenversorgung eine wichtige Aufgabe zur Erreichung einer qualitativ hochwertigen und wirtschaftlich effektiven Patientenbehandlung. Sie werden in der Regel von den Krankenkassen nicht gesondert finanziert, sondern finanzieren sich über Kosteneinsparungen. Besonderer Anreiz zur Teilnahme an den Ärztenetzen ist natürlich auch die erhöhte Zuweisungsquote durch die anderen Netzteilnehmer.

In dem netzinternen Zuweisungsverhalten kann aber auch ein Problem der Ärztenetze liegen. Wenn z.B. durch Einschränkungen in der Satzung des Netzwer-

kes die Aufnahme interessierter Leistungserbringer unterbunden werden kann, könnten in diesem Verhalten wettbewerbsrechtliche Verstöße zu sehen sein.

So sind z.B. auch Regelungen in Integrationsverträgen bedenklich, an denen nur solche Leistungserbringer teilnehmen dürfen, die einem bestimmten Ärzteverband beigetreten sind. Die Satzung dieser Ärzteverbände wiederum enthält dann Regelungen, nach denen der Vereinsvorstand die Aufnahme neuer Mitglieder beschränken oder vorhandene Mitglieder aus nichtmedizinischen Gründen ausschließen kann.

BSG kippt Barmer-Hausärztevertrag

Wie das Bundessozialgericht laut seiner Pressemitteilung am 6. Februar 2008 (B 6 KA 27/07) entschieden hat, erfüllt der Barmer Hausärztevertrag nicht die Voraussetzungen für einen integrierten Versorgungsvertrag. Die für die vertraglich vereinbarten Leistungen gewährte Vergütung darf also nicht außerhalb des Budgets bezahlt werden. Das BSG hatte einen Vertrag zwischen der Barmer Ersatzkasse einerseits sowie Hausärzten und Apotheken andererseits zu prüfen. Die Kassenärztliche Vereinigung Thüringen hatte Klage erhoben und die Ansicht vertreten, dass die Zahlungen auf Grund dieses Vertrages nicht das Budget des KV mindern dürfen.

Das BSG hat sich dieser Auffassung angeschlossen und dargelegt, dass es sich bei den von

den Hausärzten vertraglich zu erbringenden Leistungen um solche handelt, die in das Regelversorgungssystem gehören. Erforderlich seien jedoch für einen Integrationsvertrag verschiedene Leistungssektoren oder fachübergreifende Leistungen, die die bisherige Regelversorgung ersetzen. Eine Kombination aus hausärztlichen Regelbehandlungen unter Einbeziehung von Apotheken entspricht diesen Anforderungen nicht. (Anm. der Redaktion: Das Urteil war im Wortlaut bei Redaktionsschluss noch nicht veröffentlicht.) Das Urteil wird deutlich machen, dass eine Vielzahl von integrierten Versorgungsverträgen den Ansprüchen der Rechtsprechung nicht genügen wird. Insbesondere das Fehlen von, die Regelversorgung ersetzenden Behandlungen wäre zu beanstanden.

Vertragszertifizierung durch die DGIV

Integrierte Versorgung ist eng mit dem Begriff der Qualität verbunden. Die Vernetzung zwischen niedergelassenen Ärzten und Krankenhäusern sowie allen übrigen Leistungserbringern soll verbessert werden, Patienten sollen die für sie optimale Behandlung erhalten.

Als Beitrag zur immer wieder öffentlich geforderten Transparenz zur Qualitätssicherung in der Integrierten Versorgung vergibt die DGIV nun erstmalig in Deutschland ein Qualitätssiegel nach einem vom TÜV Rheinland zertifizierten Prüf- und Vergabe-

verfahren. Dieses Qualitätssiegel können Konzepte und Verträge erhalten, bei denen die Umsetzung der Ziele der Integrierten Versorgung besonders Erfolg versprechend erscheinen.

Das DGIV-Qualitätssiegel richtet sich sowohl an die Kostenträger als auch an einzelne oder zusammengeschlossene Leistungserbringer wie niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Therapeuten, Pflege, Industrie u.v.a., aber auch an die Nutzer des Integrierten Versorgungsvertrages, den Versicherten und Patienten.

Es wird geprüft, ob und in welchem Maße die Kriterien des IV-

Vertrages oder des IV-Konzeptes dem Erreichen der folgenden Ziele dienen:

- Überwindung sektorieller und fachbezogener Versorgungsgrenzen
- Qualitätsverbesserungen der Versorgung
- Organisatorische Verbesserungen der Strukturen
- Hebung von Wirtschaftlichkeitspotentialen
- Patienteninteressen

Sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen zum Qualitätssiegel haben.

Warum ein DGIV-Qualitätssiegel?

Verbesserung der Akzeptanz bei den Versicherten

Objektive Beurteilung des Leistungsangebotes

Signalwirkung für die Teilnahme von Leistungserbringern und Krankenkassen

Objektive Beurteilung des Leistungsgeschehens

Weitere Informationen zur Ausbildung zum Prozessmanager auf www.dgiv.org

Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen e.V.

Kronenstraße 18
10117 Berlin

fon: 030 4472 7080
fax: 030 4472 9746
mailto: info@dgiv.org

V. i. S. d. P.: Geschäftsführer
Dipl.-Kaufmann Rolf Rossbach
Vorstandsvorsitzender:
Dr. med. Thomas- F. Gardain

DGIV-Fortbildung zum Prozessmanager

Ausbildungshintergrund

Die Integrierte Versorgung ist seit langem ein erklärtes Ziel in der Gesundheitsökonomie. Im jüngsten Fokus für neuere Versorgungsformen stehen auch Zentren für Gesundheitsversorgung, Facharztzentren und Medizinische Versorgungszentren. Es geht darum, ein Management für solche neuen Kooperations- und Versorgungsformen zu ermöglichen. Dieses umfasst das Gründungsmanagement und das Management des laufenden Betriebs.

„Prozessmanager“ werden deshalb vor allem mit der Konzeption und dem Aufbau neuer Versorgungsstrukturen befasst sein. Am Management konkreter Behandlungsprozesse sind sie ebenso beteiligt, wie an der institutionenübergreifenden Kooperation von Ärzten, Krankenhäusern und anderen Leistungserbringern.

Profil der Maßnahme

Die Planung, Implementierung und Steuerung innovativer Kooperationsstrukturen erfordert nicht nur Kenntnisse der Ökono-

mie von Gesundheitssystemen, der Betriebswirtschafts- und Managementlehre sowie einschlägiger Rechtsnormen.

Dozenten

Die Dozentinnen und Dozenten sind erfahrende Praktiker aus dem Gesundheits- und Beratungswesen und/oder beschäftigen sich wissenschaftlich mit Fragen und Problemlösungen des Gesundheitswesens.

Ziele der Fortbildung

Der berufsbegleitende Managementkurs bietet die Möglichkeit, in angemessen kurzer Zeit Managementkenntnisse zu erwerben und zu vertiefen. Auf der Grundlage der erworbenen Kenntnisse können die Teilnehmer sich an Planung, Ausführung und operativer Begleitung innovativer Strukturen verantwortlich beteiligen.

Zielgruppen

Krankenkassenmitarbeiter, Mitarbeiter der Pflege und Gesundheitsberufe, KV-Mitarbeiter, Manager von Gesundheitsnetzen. Voraussetzung für die Teilnahme ist ein Berufsabschluss im Ge-

sundheitswesen sowie eine einschlägige Berufserfahrung von mindestens drei Jahren.

Dauer der Maßnahme

Der Unterricht findet in drei Zeitblöcken à fünf Tage mit insgesamt 136 Stunden Präsenzpflicht statt.

Abschlusszertifikat

Leistungsnachweise werden in einer Hausarbeit, einem Vortrag und einem Abschlusskolloquium erbracht.

Von der DGIV wird das Zertifikat „Prozessmanager für neue Versorgungs- und Kooperationsformen im Gesundheitswesen“ verliehen.

Gebühren

Nähere Informationen zu anfallenden Teilnehmergebühren finden Sie auf der Internetseite der DGIV: www.dgiv.org.

Sollte eine Zertifizierung durch die TAWCert erfolgen, entstehen noch einmal Prüfungskosten in Höhe von ca. 200 Euro.

In der Kursgebühr ist ein Basis-catering enthalten.

Aktuelles zu Versorgungsverträgen

Integrationsvertrag der AOK für Rückenschmerz-Patienten findet Unterstützung

Die Ärzte Zeitung berichtet in ihrer Ausgabe vom 5. März 2008 (www.aerztezeitung.de), dass in Baden-Württemberg etwa 4300 Allgemeinärzte, das sind mehr als 50 Prozent, den Integrationsvertrag der AOK für Rückenschmerz-Patienten unterstützen.

Mit der vor drei Jahren zwischen Hausärzten und der AOK Baden-Württemberg geschlossenen Vereinbarung solle für Patienten mit chronischen Rückenleiden die Möglichkeit geschaffen werden, wieder zügig ins Berufsleben zurückzufinden. Der Behandlung liegen die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) zugrunde.

Zur steigenden Akzeptanz auf Seiten der Patienten wird AOK-Landeschef Dr. Rolf Hoberg zitiert: „28 000 Versicherte sind im Jahre 2007 eingeschrieben gewesen - Tendenz steigend.“

Es wird weiter berichtet, dass nach Angaben des AOK Landeschefs an der Vereinbarung au-

ßerdem 206 Orthopäden sowie unter anderem 36 Radiologen, 46 Neurologen und Psychiater, 32 Psychotherapeuten sowie 45 Krankenhäuser und Reha-Einrichtungen teilnehmen.

Versorgungsvertrag von BARMER und Techniker Krankenkasse für Patienten mit chronischen Wunden

Ebenfalls in der Ausgabe vom 5. März 2008 berichtet die Ärzte Zeitung (www.aerztezeitung.de) über eine neue Vereinbarung der BARMER und der Techniker Krankenkasse (TK) mit spezialisierten diabetologischen Arztpraxen, ambulanten Wundzentren sowie dem Asklepios Westklinikum in Rissen und dem Diakonie-Klinikum/Krankenhaus Bethanien in Eppendorf.

Mit dem Vertrag solle eine bessere Wundversorgung ermöglicht werden. Umfassende Diagnostik steht dabei in engem Zusammenhang mit den Prinzipien der modernen Wundversorgung einschließlich der geeigneten innovativen Verbandstoffe zur beschleunigten Wundheilung.

Erfolgreiches Projekt zur Integrierten Versorgung

Die Ärzte Zeitung berichtet in ihrer Ausgabe vom 13. März 2008 (www.aerztezeitung.de) über ein Projekt zur Integrierten Versorgung mit 900 Rückenschmerzpatienten, bei dem 75 Prozent der Teilnehmer sechs Monate lang schmerzfrei blieben.

Im einzelnen: Im Rahmen des Projekts sprechen die beteiligten Krankenkassen Patienten an, die seit mindestens vier Wochen wegen Rückenschmerzen arbeitsunfähig sind. Ihr Einverständnis vorausgesetzt, werden sie einem Schmerzspezialisten zugewiesen, der interdisziplinär und außerhalb der EBM mit Physio- und Psychotherapeuten zusammenarbeitet.

Für diese Therapie werde ein Honorar gezahlt, das dreifach höher sei als das Honorar für einen Schmerzpatienten pro Quartal.

Trotz erhöhter Therapiekosten sparten die teilnehmenden Krankenkassen mindestens 5000 Euro pro Patient.