

## Newsticker

### Krankenkassen benötigen mehr Kompetenzen

In einem Interview der Ärztezeitung erklärte Gesundheitsökonom Professor Dr. Jürgen Wasem, die gegenwärtig laufende Fusionswelle bei den gesetzlichen Krankenkassen ist strategisch nur dann sinnvoll, wenn die einzelnen Krankenkassen mehr Kompetenzen im Vertrags- und Versorgungs-Management bekommen. In diesem Zusammenhang plädiert Wasem für eine Korrektur der Bestimmungen für die hausarztzentrierte Versorgung. Die seit Jahresbeginn geltende Regelung, die dem

bundesweiten Kollektivvertrag. Ein Strukturvertrag wäre aus Müllers Sicht die beste Lösung.

© KBV, 29.09.2009

### TK und LAOH setzen gemeinsam auf ambulante Operationen

Die Techniker Krankenkasse in Hessen hat mit dem LAOH, dem Verband von operativ und anästhesiologisch tätigen niedergelassenen Fachärzten in Deutschland, einen integrierten Versorgungsvertrag für Hessen abgeschlossen. Er umfasst Operationen, die bisher nur stationär im Krankenhaus durchgeführt worden sind.

Die Versicherten profitieren dadurch, dass sie während des gesamten Zeitraums der Behandlung eine ärztliche Betreuung „aus einer Hand“ erhalten. So werden unnötige Wege und Wartezeiten vermieden.

Die Vermeidung stationärer Aufenthalte ist auch deshalb möglich, weil moderne Operationstechniken und schonende Narkosen immer mehr ambulante Operationen zulassen. Zu den zahlreichen chirurgischen Eingriffen, die jetzt im Rahmen des Vertrages ambulant vorgenommen werden, gehören unter anderem Fuß-, Knie-, Hand- und Leistenbruchoperationen, die Entfernung der Gallenblase sowie Operationen in den Bereichen HNO und Gynäkologie. Patienten können nach einem solchen Eingriff oft noch am Tag der Operation nach Hause gehen und sich in der gewohnten Umgebung erholen.

Der LAOH ist ein Zusammenschluss von mehr als 260 operativ tätigen Anästhesisten und Operateuren. Mit mehr als 150.000 jährlich operierten Patienten ist die Ärztevereinigung Marktführer unter den Anbietern ambulanter Operateure in Hessen.

Die Qualität ambulanter Operationen mit einer durchgängigen medizinischen Betreuung aus einer Hand belegte auch eine 2007 veröffentlichte Studie, mit der die Dauer der Arbeitsunfähigkeit von rund 1.700 hessischen Patienten nach einer ambulanten Operation untersucht wurde. Hierbei stellte sich heraus, dass viele der ambulant operierten und von ihrem Operateur von der Erstuntersuchung bis zum Abschluss der Behandlung betreuten Patienten doppelt so schnell wieder fit waren, wie Patienten,

bei denen der Eingriff im Krankenhaus vorgenommen worden war.

© TK, 23.09.2009

### Neues geriatrisches Versorgungskonzept in Mecklenburg-Vorpommern

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern und die AOK Mecklenburg-Vorpommern haben gemeinsam mit der Uhlenhaus GmbH in Stralsund einen Versorgungsvertrag zur ambulanten, geriatrischen Komplexbehandlung und ein Konzept entwickelt, das eine wohnortnahe, komplex intensiviertere geriatrische Versorgung in der Region Stralsund gewährleistet - als zweites Versorgungsmodell dieser Art in Mecklenburg-Vorpommern neben einer bereits seit 2008 arbeitenden Einrichtung in Waren.

Ziele der Vertragspartner sind in erster Linie der Erhalt der Selbstständigkeit älterer Menschen in ihrer häuslichen Umgebung, die Vermeidung oder Verminderung von Pflegebedürftigkeit und die Verbesserung der Gesundheit und der Lebensqualität.

Durch eine wirkungsvolle Vernetzung unterschiedlicher Leistungserbringer ist eine Erfolg versprechende Behandlung möglich. Deshalb ist die enge Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Angehörigen anderer Gesundheitsberufe auch das Kernstück des Vertrages.

Das Konzept sieht vor, dass der Hausarzt erster Ansprechpartner für den Patienten bleibt. Während der Komplexbehandlung koordiniert zusätzlich der vor Ort ansässige, geriatrisch geschulte Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Dr. med. Ronald Zabel, den Versorgungsbedarf der Patienten und leitet die geriatrischen Maßnahmen. Er koordiniert dabei ein Team aus Ergotherapeuten, Physiotherapeuten, Logopäden und Pflegekräften.

Die Behandlung erfolgt über einen Zeitraum von 20 Tagen in den Räumen der Uhlenhaus GmbH und in Therapiegruppen mit bis zu 15 Patienten. Die teilnehmenden Mediziner und Therapeuten müssen sich fortbilden und bestimmte Qualifikationen vorweisen. Sämtliche Maßnahmen erfolgen ambulant, so dass die Patienten in ihrer vertrauten Umgebung bleiben können.

© AOK, 25.09.2009

### IV und MVZ: von der Idee zur Umsetzung Praxisseminar für regionale Versorger

Gemeinsam mit dem BMVZ führen wir ein Seminar durch, das am Vormittag die grundlegenden Fragen zur integrierten Versorgung und des Medizinischen Versorgungszentrums beantwortet. Am Nachmittag werden dann in Workshops von den Teilnehmern praktische Fälle bearbeitet und Lösungsvorschläge entwickelt.

Mittwoch, 11. November 2009, 09:00 - 16:45 Uhr  
Hotel Sheraton Carlton 90443 Nürnberg Eilgutstr. 15

Hausärzterverband ein Vertragsprivileg gibt, sei "ordnungs-, versorgungs- und finanzpolitisch falsch". Wasem spricht sich für eine vernetzte und kombinierte integrierte Versorgung aus, bei der z.B. Verträge nach § 73b und § 73c SGB V kombiniert werden.

© Ärztezeitung 02.10.2009

### Integrierte Versorgung Demenz-Kranker

Auf der Kooperationstagung "Demenz - gemeinsam für eine bessere Versorgung", zu der KBV und KV Berlin gemeinsam mit dem Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN), dem Hausärzterverband Berlin-Brandenburg und der Berliner Alzheimer Gesellschaft eingeladen hatten, waren sich die Initiatoren einig, dass eine strukturierte Behandlung der Kranken unverzichtbar sei. Nötig seien vor allem strukturierte Versorgungsformen, die ärztliche, pflegerische und weitergehende Betreuungsangebote besser verzahnen, so die Berliner KV-Chefin und Hausärztin Dr. Angelika Prehn.

Wie das Konzept umgesetzt werden soll, ist noch offen. Während Bergmann auch Integrationsverträge für denkbar hält, plädierte Dr. Carl-Heinz Müller, Vorstand der KBV, für einen

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.-Volksw. Axel Steinbach  
Vorstandsvorsitzender:  
Carsten Sterly

Ausgabe 7

5. Oktober 2009

# DGIV akut

## Keine Angst vor Versorgungsverträgen

**Viele Leistungserbringer, gerade im ambulanten Versorgungsbereich sind unsicher, ob sie sich an integrierten Versorgungsmodellen beteiligen sollen. Dazu einige Hinweise.**

Nach der Implementierung des Gesundheitsfonds widmen sich die Krankenkassen wieder zunehmend neuen Modellen der integrierten Versorgung im weiteren Sinne. Sollten ambulante Leistungserbringer einen Anlauf nehmen, sich an neuen Versorgungsmodellen zu beteiligen?

### Zusätzlicher Zeitaufwand als Nachteil

Zunächst der am häufigsten genannte Nachteil einer Teilnahme an einem Versorgungsmodell: der erhöhte administrative Aufwand in zweierlei Hinsicht.

### Modellrecherche

Zunächst muss der Leistungserbringer wissen, welche Versorgungsmodelle für ihn interessant sind. Es muss also recherchiert werden, welche Krankenkassen auf welcher gesetzlichen Grundlage welches Modell anbieten. Das ist nicht nur recht zeitaufwendig, sondern hat häufig auch das wenig motivierende Ergebnis, dass von diesem Modell nur wenige eigene Patienten erfasst werden. So ist es nachvollziehbar, dass insbesondere viele niedergelassene Ärzte nur geringe Neigung spüren, hier regelmäßig die aktuellen „Angebote“ zu recherchieren.

### Dokumentationspflichten

Soweit der Leistungserbringer dann doch an einem Modell teilnimmt, trifft ihn eine erweiterte, vertraglich vereinbarte Dokumentationspflicht. Die einzelnen Behandlungsschritte sind häufig detailliert darzulegen und der Krankenkasse zu übermitteln. Diese benötigt die Daten, um den Vertrag medizinisch und wirtschaftlich begleiten zu können. Eine angemessene Vergütung

für diesen zusätzlichen Aufwand ist nicht immer garantiert.

### Aktuelle Vertragsinformationen

Doch gerade bei den neueren Versorgungsverträgen wurde diesen Nachteilen entgegen getreten. Zunächst wird fast durchweg vereinbart, dass nicht nur die Versicherten über den Vertrag informiert werden, sondern von den Vertragspartnern auch eine umfassende Information der in Frage kommenden Leistungserbringer erfolgt.

Dazu gehört nicht nur die Zusage von Flyern, sondern auch die Durchführung von Informationsveranstaltungen und regelmäßige weitere Information der in Frage kommenden Leistungserbringer. Zweckmäßig ist sicherlich auch die Einrichtung einer entsprechenden Internetseite mit einem speziellen Informationsbereich für Patienten und für Leistungserbringer. Doch dürfte das in naher Zukunft nur in einzelnen Fällen zu erwarten sein.

### Aktuelle Dokumentationspflichten

Die unvermeidliche Dokumentation der auf dem Vertrag basierenden Behandlung wird zunehmend standardisiert, von Managementgesellschaften unterstützt und im Rahmen der EDV vereinfacht. Auch hier ist also das Bemühen der Beteiligten erkennbar, die Leistungserbringer deutlich zu entlasten. Insbesondere bei Versorgungsverträgen, die unter Einschaltung einer Managementgesellschaft umgesetzt werden, ist der zusätzliche Zeitaufwand für die vertragsgerechte Dokumentation recht überschaubar.

Die also immer noch unvermeidliche zusätzliche Arbeitsbelastung für den Leistungserbringer ist als abschreckend erkannt worden. Die Vertragspartner reagieren darauf. Der zumeist als wichtigster Nachteil für die Teilnahme an Versorgungsverträgen benannte

Aspekt schwindet zunehmend.

### Vergütungsvorteile

Geringer werdende Nachteile reichen natürlich nicht aus. Es gibt auch wirkliche Vorteile für die Teilnahme an i.V.-Modellen.

Der Gesetzgeber hat bestimmt, dass die auf vertragsbasierter Behandlung erbrachten Vergütungen von der Gesamtvergütung in Abzug zu bringen sind. Somit lohnt sich der Versorgungsvertrag für eine Krankenkasse regelmäßig nur dann, wenn die vertragliche Vergütung insgesamt unter der vergleichbaren Regelvergütung liegt. Für den niedergelassenen Arzt mag das in einigen Fällen bedeuten, dass er für eine bestimmte Behandlung einen geringeren Euro-Betrag erhält, als nach dem EBM und HVM. Die Anzahl der unter diesem Vertrag behandelten Patienten ist jedoch nicht budgetiert, so dass er mehr Patienten mit der fraglichen Indikation behandeln kann als unter dem Regime der Regelversorgung.

Außerdem können über die vertraglich abgestimmten Behandlungsschritte und deren gesicherter Qualität Einsparungen generiert werden, die sich z.B. in einer geringeren Quote für kurzfristige Wiedereinweisungen der Patienten in die stationäre Behandlung dokumentieren. Die Krankenkassen sind durchaus bereit, die sich daraus ergebenden Einsparungen zum Teil an die Leistungserbringer weiter zu geben.

### Resümee

Der Leistungserbringer kann idealerweise eine Vielzahl von teilnehmenden Patienten sogar zu einer höheren Vergütung behandeln. Ungeachtet der verbesserten Qualität und des Marketinggedankens, sollte dies ein Punkt sein, der die Sorge über die Teilnahme an integrierten Versorgungsverträgen nehmen sollte.

## In dieser Ausgabe

- Keine Angst vor Versorgungsverträgen **1**
- Besondere Nachsorgemaßnahmen in der integrierten Versorgung **2**
- Inhouse-Schulungen der DGIV **2**
- 6. Bundeskongress DGIV **3**
- DGIV fördert wissenschaftlichen Nachwuchs **3**
- Newsticker **4**

## Besondere Nachsorgemaßnahmen im Rahmen der i.V.

Die sozialmedizinische Begleitung von Kindern und Jugendlichen im Wechsel von der stationären in die ambulante Behandlung stellt besondere Anforderungen an das Schnittstellenmanagement. Das SGB V regelt diese Schnittstelle in zwei Paragraphen.

§ 132c (1) SGB V ermöglicht den Abschluss von Verträgen zwischen Krankenkassen und geeigneten Einrichtungen über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen, soweit diese für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig sind.

Ziel dieser Regelung ist die Verkürzung stationärer Krankenhausaufenthalte und die Vermeidung erneuter Einweisungen. Hier haben die Krankenkassen zunächst festzustellen, ob der Abschluss eines derartigen Vertrages für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

Diese Voraussetzung ist auch vom Gesetzgeber nicht weiter definiert worden. So kann insbesondere nicht gesagt werden, ob sich der Bedarf an der Anzahl der in Frage kommenden Patienten orientiert oder ob eine Quote aller stationär aufgenommenen Patienten ermittelt werden muss oder was denn der Bedarf inhaltlich überhaupt ist. Die Krankenkassen haben hier eine ermessensgerechte Entscheidung zu treffen, also die betreffenden Interessen gegeneinander abzuwägen. Ein Rechtsanspruch auf Abschluss eines Vertrages besteht nicht. Dies dürfte auch für einen Vertrag mit integriertem Versorgungshintergrund gelten, obwohl für ihn pro forma die Notwendigkeit einer bedarfsge-

rechten Versorgung nicht erforderlich ist.

Soweit ein Bedarf festgestellt werden sollte, greift eine zweite Ermessensebene ein. Nunmehr hat die Krankenkasse zu entscheiden, welche Maßnahmen sie zu welchem Preis „einkauft“. Sie ist hier an keinerlei Vorgaben gebunden, hat jedoch insbesondere die Grundsätze des Wirtschaftlichkeitsgebots aus § 12 SGB V in ihrer Entscheidung zu beachten. Soweit also die Wiederaufnahme des Patienten im Krankenhaus wirtschaftlicher ist, als die Bezahlung der Nachsorgemaßnahmen, wird ein solcher Vertrag nicht abgeschlossen werden.

Insbesondere dem integrierten Versorgungsvertrag obliegt der Nachweis der Wirtschaftlichkeit in der vertraglich geplanten Zusammenarbeit der beteiligten Leistungserbringer.

§ 43 (2) SGB V legt fest, dass eine Krankenkasse aus medizinischen Gründen im unmittelbaren Anschluss an eine Krankenhausbehandlung die erforderlichen sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen für chronisch kranke oder schwerstkranke Kinder zu erbringen hat, wenn dadurch der stationäre Aufenthalt verkürzt oder die anschließende ambulante ärztliche Behandlung gesichert wird.

Die Leistungen nach dieser Rechtsvorschrift erfolgen grundsätzlich nicht auf vertraglicher Grundlage, sondern sind Teil der Regelversorgung. Die behandelnden Krankenhäuser und niedergelassenen Ärzte binden die erforderlichen Heilmittel-

ringer im Rahmen von Verordnungen ein.

Wann die Nachsorgeleistungen verordnet werden können und welchen Umfang diese haben, entscheidet der Spitzenverband der Krankenkassen, der damit auch die Vergütung festlegt. Es werden nur die Leistungen vergütet, die auch konkret zur Verkürzung des stationären Aufenthalts bzw. zur Sicherung der ambulanten Versorgung notwendig sind. Notwendig sind die Leistungen dann, wenn sie schlicht unverzichtbar sind, um eines der beiden zuvor genannten Ziele zu erreichen.

Hier kann der integrierte Versorgungsvertrag ansetzen. Zum einen können ambulante Leistungserbringer stationäre Aufenthalte so frühzeitig in eine ambulante Nachsorge überleiten, dass die den DRG zu Grunde gelegten Liegezeiten eingehalten werden. Zum anderen kann auch die sich anschließende ambulante Behandlung effektiv unterstützt werden und damit vielleicht sogar eine erneute stationäre Aufnahme vermieden werden.

Problematisch ist zur Begründung von Versorgungsmodellen jedoch dennoch der Nutzenachweis für die Krankenkasse. In der ersten Alternative profitiert das Krankenhaus, das die abzurechnende DRG wirtschaftlich nutzt. In der zweiten Alternative geht es nicht nur um die medizinisch indizierte ärztliche Versorgung, die ebenfalls bereits von der Krankenkasse bezahlt wird. Es geht vielmehr darum, dass zusätzliche Nachsorgeleistungen, wie die psychisch-soziale Begleitung der jungen Patienten z.B. beim Verlust von Gliedmaßen, so in die ambulante Nachbehandlung integriert wird, dass sie einen Nutzen für alle Beteiligten bringt.

In diesem Zusammenhang ist auch auf § 37 (2) SGB V zu verweisen, der in besonderen Fällen die häusliche Pflege und auf § 40 SGB V, der die medizinische Rehabilitation ermöglicht. Nur soweit diese beiden Regelungsbereiche Lücken bei der Versorgung von chronisch oder schwerstkranken Kindern lassen, dürfte Raum für Leistungen nach § 43 (2) SGB V sein. Auch für Versorgungsprojekte gilt es diesen begrenzten Raum auszufüllen und wirtschaftlich attraktiv zu gestalten. Eine sicherlich nicht einfache Aufgabe.

## Unser Angebot: Inhouse-Schulungen

Modelle der integrierten Versorgung sind vielfältig. Die damit verbundenen Herausforderungen sind für die Leistungserbringer sehr unterschiedlich.

Eine zielgerichtete Ausrichtung des Unternehmens auf die mit der integrierten Versorgung verbundenen möglichen Geschäftsvarianten kann helfen, sich auf dem wandelnden Gesundheitsmarkt besser zu positionieren.

Die DGIV bietet Mitgliedsunternehmen die Möglichkeit, ihre Mitarbeiter im Rahmen einer Inhouse-Schulung gezielt und individuell mit der integrierten Versorgung vertraut zu machen. Die

Schulungen umfassen Tagesprogramme bis zu umfassenden Schulungen von einer Woche. In Gruppen von maximal 10 Personen werden u. a. die folgenden Themen behandelt:

- ⇒ Einbeziehung von Hilfsmittel-lieferanten in Versorgungs-verträge,
- ⇒ Gestaltung von Managementgesellschaften sowie
- ⇒ Juristische und betriebswirtschaftliche Vorbereitungen für die Vertragsverhandlungen.

Bitte sprechen Sie unsere Geschäftsstelle für weitere Informationen an.

## 6. Bundeskongress am 22. - 23. Oktober 2009

In Berlin findet am 22. und 23. Oktober 2009 der Bundeskongress der Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung im Gesundheitswesen statt. Diese mittlerweile zentrale Veranstaltung für alle an innovativen Versorgungsformen Interessierte findet zum 6. Mal statt.

Gegenstand des Bundeskongresses ist zum einen ein Resümee der bisherigen Entwicklung der integrierten Versorgung im weiteren Sinne. Wir wollen untersuchen, welche Auswirkungen die Gesetzesreform in 2007 auf die Versorgungsmodelle hatte. Insbesondere die erhöhten gesetzlichen Anforderungen an die betriebswirtschaftliche Ausgestaltung von Versorgungsverträgen verdienen unsere besondere Beachtung. Zugleich wollen wir uns auch der Zukunft der integrierten Versorgung unter dem Regime des Gesundheitsfonds widmen. Daneben ist der Bundeskongress natürlich auch wieder der geeignete Ort, um alte Kontakte zu pflegen und neue Kontakte zu knüpfen.

Referenten werden - wie immer - Wissensträger aus Praxis, aus Politik und Verwaltung sein. In Referaten im Plenum und einer Vielzahl von Workshops werden aktuelle Themen aus Theorie und Praxis vermittelt und zur Diskussion gestellt.

Neu ist in diesem Jahr die Spiegelung der Workshops. Auf vielfachen Wunsch wird jeder Workshop ein zweites Mal angeboten, damit unsere Gäste und Teilnehmer eine zweite Möglichkeit haben, einen weiteren sie interessierenden Workshop zu besuchen.

Es lohnt sich auf jeden Fall den Bundeskongress zu besuchen. Das Programm und die weiteren Details erhalten Sie auf unserer Internetseite [www.dgiv.org](http://www.dgiv.org).

**DGIV-Bundeskongress**  
die jährliche Plattform für innovative Akteure,  
um Erfahrungen und Zukunftsperspektiven auszutauschen

## DGIV fördert wissenschaftlichen Nachwuchs

Die Hochschule Neubrandenburg hat mit Unterstützung der DGIV eine Erhebung zur integrierten Versorgung in Deutschland vorgenommen.

In acht Hypothesenblöcken sollten sich die Befragten zu ihren Erfahrungen mit der integrierten Versorgung und insbesondere zu

deren Zukunft äußern. Die Datenerhebung erfolgte über den Jahreswechsel 2008/2009 nach der Delphi-Methode in zwei Befragungsdurchgängen.

Vollständige Rückläufe gab es von 36 Akteuren im Gesundheitswesen (5 aus der Politik, 14 aus

der Praxis und 17 aus der Wissenschaft).

Im Folgenden sollen einige der Untersuchungsergebnisse verkürzt wiedergegeben werden. Die vollständige Datenauswertung finden Sie im Mitgliederbereich unserer Internetseite [www.dgiv.org](http://www.dgiv.org).

Versorgungsverträge mit bevölkerungsbezogener Flächendeckung werden sich zukünftig in der Versorgungslandschaft behaupten.

62,0% Zustimmung  
3,5% keine Zustimmung  
34,5% teilweise Zustimmung

1

Die Einführung des Gesundheitsfonds wird zu einem Anstieg der indikationsbezogenen i.V.-Verträgen führen

51,7% Zustimmung  
27,6% keine Zustimmung  
13,8% teilweise Zustimmung  
6,9% nicht einschätzbar

2

Kopfpauschalen werden maßgebliche Finanzierungsform bei populationsbezogenen i.V.-Verträgen

59,0% Zustimmung  
17,0% keine Zustimmung  
24,0% fraglich

3

Fallpauschalen werden maßgebliche Finanzierungsform bei indikationsbezogenen i.V.-Verträgen

83,0% Zustimmung  
7,0% keine Zustimmung  
10,0% keine Angabe

4

Die Einbeziehung der Pflege in i.V.-Verträge führt zu einer Qualitätssteigerung der Versorgung

62,1% Zustimmung  
13,8% keine Zustimmung  
17,2% teilweise Zustimmung  
6,9% nicht einschätzbar/keine Angabe

5

Ist die Bereinigung der Gesamtvergütung trotz seiner Komplexität umsetzbar?

45,0% Zustimmung  
34,0% keine Zustimmung  
21,0% keine Aussage

6

Die i.V. wird die Regelversorgung nicht ersetzen, dennoch ist eine Steigerung der teilnehmenden Versicherten an der i.V. zu erwarten

90,0% Zustimmung  
7,0% keine Zustimmung  
3,0% keine Angabe

7

Eine Ausweitung der rechtlichen Vorgaben für die i.V. ist nicht erforderlich. Bestehendes Recht sollte umgesetzt und ausgeschöpft werden

69,0% Zustimmung  
13,8% keine Zustimmung  
13,8% teilweise Zustimmung  
3,5% keine Angabe

8