



Berlin, Februar 2008

## **Positionspapier zur Anschubfinanzierung der Integrierten Versorgung in Deutschland**

**Deutsche Gesellschaft für Integrierte Versorgung (DGIV)**

**Bundesverband Managed Care (BMC)**

Die Anschubfinanzierung für die Integrierte Versorgung war der wohl wirkungsvollste Reformimpuls der vergangenen 20 Jahre für das deutsche Gesundheitssystem. Kaum eine andere gesundheitspolitische Entscheidung hat mehr positive Bewegung ins System gebracht. Um diesen Trend zu erhalten und auszubauen, sollte die Anschubfinanzierung weitergeführt werden. Allerdings sollten an die geförderten Projekte höhere Anforderungen hinsichtlich Qualität und Wirtschaftlichkeit gestellt werden. Der Kreis der Vertragspartner sollte konsequent erweitert werden. Das Ziel muss lauten: Leistungsorientierung, Ergebnisorientierung, Innovationsförderung. Das gemeinsame Positionspapier der Arbeitsgruppe von **DGIV** und **BMC** beschreibt den Weg dorthin.

## IST-Zustand nach vier Jahren Integrierter Versorgung (nach § 140 a-d SGB V)

### Anschubfinanzierung (AF)

- Es gibt drei Basisbausteine der AF, welche die Integrierte Versorgung positiv befördert haben:
  - *ungebundene Mittel* – im Sinne einer risikolosen Verwendbarkeit durch die Kassen
  - *Individualität* – die Abweichung vom Prinzip "einheitlich und gemeinsam" ist ein Beitrag zum Wettbewerb.
  - *Gestaltungsspielraum* – die Versorgungs- und Vergütungsformen sind weitgehend frei vereinbar.
- Es gibt nützliche und weniger nützliche Anreize der Anschubfinanzierung, bspw.:
  - *ungebundene Mittel A* –positiver Anreiz: viele Kassen waren schnell zu bewegen, erste Verträge zu schließen (s. o.).
  - *ungebundene Mittel* –kritischer Anreiz: die Anschubfinanzierung minimiert das unternehmerische Risiko, da die Kassen keine eigenen Mittel einsetzen müssen. Die Kassen müssen die Wirtschaftlichkeit der Verträge nicht nachweisen.
  - *Konkurrenz* – die 1%-Regel verleitet einzelne Verbände und Leistungserbringer dazu, Verträge zu bekämpfen, statt konstruktiv in der IV zu arbeiten, weil jeder fremde Vertrag "ins eigene Budget schneidet".
  - *Aufschwung* – Die AF hat unter vielen Leistungserbringern und Kassen eine "Atmosphäre produktiver Unruhe" geschaffen.
- Die AF hat Bewegung ins System gebracht, z. B.
  - IT-Aufrüstung bei allen Akteuren, vor allem bei Kassen und niedergelassenen Ärzten.
  - Transparenz: die Leistungserbringer erhalten mehr Einblicke in und Verständnis für Prozesse und Wirkungen in ihren eigenen Unternehmen und denen der Vertragspartner, – auch aus ökonomischer Sicht.
  - Qualität: Die meisten Kassen wollen höhere Qualität über IV bezahlen; die meisten IV-Verträge regeln auch Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgungsqualität.
  - Versorgungsforschung: Anschubfinanzierung gibt entscheidende Impulse.
  - Allianzen: Sektoren verschmelzen; Ärzte arbeiten fachübergreifend; starke Qualitätsnetzwerke gründen sich.

- Die AF hat erste deutlich spürbare Beiträge zum Wettbewerb zwischen Kassen und Leistungserbringern geleistet.
  - o Beispiele: AtrioMed, Kinzigtal, POLIKUM, Prosper, UGOM u.a.

## Grundlegende Argumentationslinien

Ab 1. Januar 2009 stellt sich - nach 5 Jahren Anschubfinanzierung - die Frage nach der Finanzierung der IV neu. Im Folgenden fünf *eindimensionale* Antwortvarianten:

- **Variante 1: ABSCHAFFUNG** der AF  
 Das System müsste jetzt genug „gelernt“ haben.  
 Budgetbereinigung müsste ab 2009 beherrscht werden.  
 Um sicherzustellen, dass nur noch wirtschaftlich sinnvolle Verträge geschlossen werden, muss die Subventionierung wegfallen.
- **Variante 2: AUFSTOCKUNG** auf (bis zu) 3% ohne Auflagen  
 Die Anreize zu einer echten IV sind höher; vor allem können sich Anbieter über IV eine Basis-Vollfinanzierung sichern – statt wie bisher nur ein "Zubrot" zu verdienen (*echtes drittes Budget*).
- **Variante 3: BEIBEHALTUNG** von 1%, aber Verknüpfung mit Zielen  
 Um den erwähnten Fehlanreizen zu begegnen, muss es bei allen IV-Verträgen *transparente* und *eindeutig überprüfbare* Zielvereinbarungen geben. (Pay for Performance)
- **Variante 4: Einführung eines INNOVATIONSFONDS**  
 Alternativ zur bisherigen Umverteilungsfinanzierung wird ein *Innovationsfonds* eingerichtet. Er finanziert erfolgreiche Vertragsvorschläge.
- **Variante 5: Fokus auf die DAUER** der Anschubfinanzierung  
 Das operative Ziel der IV lautet Übergang in Selbstfinanzierung über Budgetbereinigung. Problem heute ist, dass die Regeln dafür noch weitgehend unklar sind und nur sehr zögerlich erprobt werden.  
 Sobald festgestellt wird, dass die Budgetbereinigung hinreichend etabliert und weit verbreitet ist, endet die AF.

## **Vorschlag der Arbeitsgruppe DGIV und BMC**

Konkrete und zugleich einfache Modelle werden sicherlich nur bedingt der Komplexität des Problems gerecht. Dies gilt im Besonderen für die radikalen Varianten 1 und 2.

Dennoch leisten sie einen erheblichen Beitrag zum grundsätzlichen Verständnis Integrierter Versorgung. Weiterhin zeigt die Erfahrung mit Managed-Care-Instrumenten, dass isolierte Lösungsvorschläge i. d. R. zu erheblichen Fehlanreizen führen.

## **Konzept zur Innovationsförderung in der Integrierten Versorgung**

Die Anschubfinanzierung sollte unter folgenden Bedingungen weitergeführt werden:

- IV-Verträge sollen nach spätestens fünf Jahren vollständig intern finanziert werden, sich also aus den Effekten auf Qualität und Wirtschaftlichkeit selbst zu tragen.
- Insbesondere soll für die IV-Verträge eine Aussage darüber getroffen werden, wie die Wirtschaftlichkeit konkret erreicht wird. Dies bezieht Regeln zur Budgetbereinigung ein.
- Die Vergütung aus der Integrierten Versorgung muss an feste, eindeutige und überprüfbare Ziele geknüpft werden

Die *Anschubfinanzierung* wird in Zukunft durch eine Co-Finanzierung aller IV-Verträge ersetzt. Diese beträgt für jeden bei der BQS angemeldeten Vertrag 25% der Auszahlungssumme jedes IV-Vertrages.

Zur Refinanzierung des so ausgeschütteten Geldes muss der Gesundheitsfonds 1% seiner Gesamtvergütung bereithalten, so dass alle Akteure die Finanzierung gemeinsam tragen

Die Bundesregierung entwickelt ein Verfahren zur flexiblen und pragmatischen Budgetbereinigung. Somit wird die ursprüngliche Anschubfinanzierung zur dauerhaften Innovationsförderung.

Berlin im Februar 2008

Dr. med. Thomas Heil  
(DGIV)

Prof. Dr. oec. Volker Amelung  
(BMC)