



# Blockaden der Integrierten Versorgung lösen



Positionen



**BMC**

Bundesverband  
Managed Care e.V.



# Vorwort

Sektoren- und berufsfeldübergreifende Versorgungskonzepte sind ein entscheidender Schlüssel für ein patientenorientiertes und wirtschaftliches Gesundheitssystem. Denn nur durch Vernetzung und ganzheitliche Behandlungsabläufe können unnötige Doppel- und Mehrfachuntersuchungen vermieden, individuell maßgeschneiderte Therapien ermöglicht und ein effizienzfördernder Innovationswettbewerb in Gang gesetzt werden.

Doch obwohl der Gesetzgeber in den vergangenen elf Jahren weitreichende Handlungsspielräume für Integrierte Versorgung (IV) geschaffen hat, stagniert ihr Anteil an der medizinischen Versorgung in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Es hat sich gezeigt, dass der politische Wille allein nicht ausreichend ist, um der IV zum Durchbruch zu verhelfen. Neue Versorgungsformen werden sich nur dann erfolgreich etablieren, wenn sie einen Mehrwert für alle Beteiligten bieten. Dafür müssen die Rahmenbedingungen so gestaltet werden, dass sich unternehmerisches Handeln der Beteiligten im Sinne der Produktion von Gesundheitsnutzen auch lohnen kann.



Prof. Dr. Volker Amelung  
Vorstandsvorsitzender



Susanne Eble  
stellv. Vorstandsvorsitzende



Ralf Sjuts  
stellv. Vorstandsvorsitzender



Dr. Peter Bles  
Mitglied im Vorstand



Helmut Hildebrandt  
Mitglied im Vorstand



Dr. Rolf-Ulrich Schlenker  
Mitglied im Vorstand



Dr. Peter Wigge  
Mitglied im Vorstand



Dr. Sascha Wolf  
Geschäftsführer

## Leistungserbringer

Der erforderliche Aufwand für die Organisation und die Mitarbeit an einer IV gegenüber dem daraus mit hinreichender wirtschaftlicher Sicherheit entstehenden Nutzen erscheint für viele Leistungserbringer als zu groß. Die grundsätzliche Bereitschaft ist da, die möglichen Vorteile für Patienten und Krankenkassen und für die Kooperation untereinander werden gesehen, aber angesichts der bereits vorhandenen hohen Arbeitsbelastung, der Unsicherheit über das Zustandekommen von Verträgen und deren Nachhaltigkeit wird die Kosten-Nutzen-Bilanz zu häufig eher negativ eingeschätzt.

Weitere Probleme zeigen sich in ungeklärten Datenschutzfragen sowie der Mehrwertsteuerproblematik. Damit ein höheres Engagement erfolgt, muss sich das Verhältnis zwischen Nutzen und Aufwand positiv verändern. Zudem fühlen sich viele Ärzte von der Komplexität der IV-Verträge überfordert.

## Versicherte

Viele Versicherte fühlen sich in der Regelversorgung gut aufgehoben und vertrauen den staatlich festgelegten Leistungen. Entsprechend vorsichtig begegnen sie oft neuen Versorgungsformen, deren Qualität sie im Vorfeld nicht beurteilen können.

Ein Vergleich der Angebote unterschiedlicher Krankenkassen ist aufgrund fehlender Informationen für den Patienten schwierig. Gerade der zur Motivation der Versicherten wichtige Mehrwert bleibt häufig verborgen, da der Patient von der Optimierung der Prozessabläufe erst im konkreten Krankheitsfall profitiert.

Aus Sicht  
des BMC bestehen  
folgende zentrale  
Blockaden der  
Integrierten  
Versorgung

## Krankenkassen

Aktuell fokussiert sich der Wettbewerb zwischen den Krankenkassen auf das Vermeiden von Zusatzbeiträgen. Langfristig angelegte Projekte der IV, die hohe Anfangsinvestitionen erfordern, lassen sich mit einem auf das Geschäftsjahr orientierten „Budgetdenken“ nicht vereinbaren. Investitionen im klassischen Sinne entsprechen nicht der Systemlogik von Körperschaften des öffentlichen Rechts.

Die Investitionsplanungen der Kassen werden zusätzlich durch den Gesundheitsfonds und dessen verzögerte Korrekturabrechnungen erschwert. Ein weiteres Problem ist die nicht praxisgerechte Budgetbereinigung zwischen Regelversorgung und IV. Auch liegen zu wenige valide Evaluationsergebnisse vor. Insgesamt gesehen führen sowohl der Verhandlungs- und Investitionsaufwand als auch die Wechselwirkungen zur Regelversorgung dazu, dass der für die IV erforderliche Einsatz zum Teil als unangemessen hoch eingestuft wird. Deshalb müssen die Krankenkassen sehr genau abwägen, ob in selektive Verträge investiert werden soll und welcher Vertragstyp dafür der Richtige ist (IV, § 73b, § 73c SGB V).

## Sektorengrenzen

Die IV wurde mit dem Ziel eingeführt, die starren Sektoren in der medizinischen Versorgung sukzessive aufzubrechen. Das kann jedoch nur funktionieren, wenn die Rahmenbedingungen in den jeweiligen Sektoren aneinander angepasst werden. Die Fragen der Sicherstellung, der Bedarfsplanung und einer praktikablen Budgetbereinigung müssen schnellstmöglich geklärt werden. Insbesondere getrennte Budgets im ambulanten und stationären Bereich erzeugen den Anreiz der Akteure des einen Sektors, zu Lasten der Akteure des anderen Sektors finanziell zu profitieren.

Das Sektorendenken und der Wettstreit um Budgets schaden dem notwendigen gegenseitigen Vertrauen der potenziellen Vertragspartner und erschweren jedweden Verhandlungsprozess.

Statt durch immer weitere Sonderformen der Versorgung einer Verkomplizierung und Zersplitterung des Gesamtsystems Vorschub zu leisten, sollte der Gesetzgeber seinen Fokus gezielt auf die IV ausrichten.

Denn sie dient sowohl als Mittel zum Wettbewerb zwischen den Krankenkassen als auch als Experimentierfeld der Regelversorgung für neue Behandlungsmethoden. Beides hat seine Berechtigung. In einem Gesundheitssystem müssen innovative Versorgungskonzepte erprobt werden können. Gleichzeitig braucht es Wettbewerb.

Denn nur im Wettstreit der Krankenkassen untereinander werden sich effiziente Versorgungsformen herausbilden, die letztendlich zu einem dynamischen Aufbrechen der Sektorengrenzen auch in der Gesamtversorgung führen. Entscheidend dabei ist die Akzeptanz der IV bei den Patienten und den Vertragspartnern. Sie alle müssen die Chance auf persönliche Vorteile sehen. Im Endeffekt bleibt die Durchsetzung der IV eine Frage von Finanzierung und Honorierung.

## 1 Verbesserung der Investitionsmöglichkeiten von Krankenkassen und Leistungserbringer.

Weder Leistungserbringer noch Krankenkassen werden ohne zusätzliche Anreize die erforderlichen Anfangsinvestitionen für eine spürbare Ausweitung innovativer Versorgungsformen aufbringen. Deshalb fordert der BMC die Einführung von Innovationsbudgets, die sich aus zwei Prozent der Einnahmen des Gesundheitsfonds speisen. Die eine Hälfte des Budgets sollte für die Entwicklung hochinnovativer Versorgungsformen und Pilotprojekte durch die Krankenkassen eingesetzt werden.

Die andere Hälfte dient der Anschubfinanzierung von IV-Verträgen durch die Leistungserbringer bzw. deren Verbände. Sollten in einem Jahr die Innovationsbudgets nicht ausgeschöpft werden, fließen die Mittel zurück in den Gesundheitsfonds. Hauptaugenmerk liegt auf der Hebung von Effizienzpotenzialen sowie der Steigerung von Versorgungsqualität und Patientenzufriedenheit. Der sachgerechte Einsatz der Mittel ist durch eine Evaluation der geförderten Projekte sicherzustellen. Alternativ bietet sich eine Zertifizierung an. Darüber hinaus sollte ein kreditäres Investitionsprogramm z.B. in Trägerschaft der KfW zur Förderung von kooperativen Versorgungsstrukturen aufgesetzt werden.

## 2 Qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung und Budgetbereinigung.

Nur eine qualitäts- und ergebnisorientierte Vergütung motiviert den Arzt wie auch die anderen Partner zur bestmöglichen Versorgung des Patienten und forciert den angestrebten Qualitätswettbewerb. Durch teilweise Übertragung des Morbiditätsrisikos auf integrierte Versorgungsverbände und einer Gewinnbeteiligung werden Mengenausweitungen ein wirkungsvoller Riegel vorgeschoben. Gleichzeitig gilt es, die Compliance der Patienten durch Beteiligung an den Effizienzgewinnen zu erhöhen.

Schließlich muss auch die Krankenkasse ihre Optimierungspotenziale ausschöpfen und kalkulieren können. Hierzu liegen zu wenige valide Evaluationsergebnisse vor. Es bedarf einer ausreichenden Budgetbereinigung ohne Einigungsvorbehalt sämtlicher Vertragspartner.

## 3 Unterstützung der Handlungsfähigkeit von Krankenkassen und Versorgungspartnern.

Das Budgetdenken einer Krankenkasse ist mit einer auf Mittel- bis Langfristigkeit ausgelegten privatwirtschaftlichen Investitionslogik nicht vereinbar. Umso wichtiger ist es, die Finanzhoheit der Krankenkassen zu stärken und ihnen Investitionsplanungen für einen Zeitraum von drei bis fünf Jahren zu ermöglichen. Hierzu ist es erforderlich, den Kassen mehr unternehmerische Freiräume zu geben, beispielsweise bei den Investitionsabschreibungen.

Überorganisierte administrative Abstimmungserfordernisse erschweren und behindern wettbewerbliche Vertragsformen. Deshalb sollten die Bundesländer zwar Anregungs- und Initiativrechte, aber keine Abstimmungsrechte erhalten. Kassenärztlichen Vereinigungen sollten insbesondere für Regionen mit Versorgungsgaps die Möglichkeit gegeben werden, auch regional organisierten Ärztenetzen und Integrierten Versorgungsverbänden die Trägerschaft von Arztsitzen und Medizinischen Versorgungszentren anzuvertrauen. Ein Leistungserbringerstatus für Managementgesellschaften der IV ermöglicht klare Verantwortlichkeiten und Schutzrechte im Datenschutz und gibt verbesserte Möglichkeiten bzgl. der Vermeidung von überbordenden Mehrwertsteuerverpflichtungen.

## 4 Förderung von Ärztenetzen durch gesonderte Vergütungsregeln (§ 87b SGB V).

Mit ihrem Antrag zur Einführung gesonderter Vergütungsregeln für Ärztenetze setzen die Bundestagsfraktionen von CDU/CSU und FDP einen wichtigen Impuls für den Ausbau von Praxisverbänden. Die Möglichkeit, Netzen eigene Honorarbudgets zuzuweisen, befördert innovative Vergütungssysteme und eröffnet die Chance, populationsorientierte Versorgungsmodelle zu stärken. Umso wichtiger ist es, dass diese Initiative der Regierungsfaktionen mit dem Versorgungsstrukturgesetz umgesetzt wird. Der BMC fordert die Kassenärztliche Bundesvereinigung sowie die Kassenärztlichen Vereinigungen dazu auf, zügig praxismgerechte Richtlinien zu definieren und von dem Instrument gesonderter Vergütungsregeln für Ärztenetze Gebrauch zu machen.

Der BMC  
empfiehlt

Der Bundesverband Managed Care e. V. (BMC) ist ein bundesweiter pluralistischer Verein für innovative Systementwicklung im Gesundheitswesen. Er versteht sich als Forum für zukunftsfähige, qualitätsgesicherte und patientenorientierte Konzeptionen.

Er fördert in diesem Zusammenhang die Kontakte seiner Mitglieder untereinander sowie mit Partnern im deutschen und europäischen Gesundheitsmarkt.

Seine Mitglieder repräsentieren nahezu die gesamte Bandbreite aller Akteure des Gesundheitswesens. Das sind Krankenhäuser, Heilberufe, Apotheken, Pharma- und Medizintechnikindustrie, Beratungs- und Dienstleistungsunternehmen, Krankenkassen, ärztliche Körperschaften, IT-Anbieter, Banken und andere Institutionen.

Der BMC wurde 1997 gegründet und zählt über 150 Unternehmen und Institutionen zu seinen Mitgliedern.

## Kontakt

Friedrichstraße 136  
10117 Berlin

T 030 2809 4480  
F 030 2809 4481

[bmcev@bmcev.de](mailto:bmcev@bmcev.de)  
[www.bmcev.de](http://www.bmcev.de)