

## Neue Versorgungsformen im deutschen Gesundheitswesen

# Integrierte Versorgung - Chancen zur Struktur- und Prozessoptimierung für Klinik und Praxis\*

**Th. Heil**

Fachbereiche Finanzwissenschaft und Gesundheitsökonomie, Technische Universität Berlin (Leiter: Prof. Dr. K.-D. Henke)

► **Zusammenfassung:** Die neuen Versorgungsformen, wie Managed Care Programme, Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) haben die Reformprozesse im deutschen Gesundheitswesen in Bewegung gebracht. Im zunehmenden Wettbewerb haben die Akteure die Gestaltungsmöglichkeiten als strategische Chance erkannt, und planen – mehr oder weniger professionell – ihre Zukunft. Die ersten Umsetzungsschritte zeigen jedoch, dass die hohen Erwartungen in die innovativen Versorgungsformen vielfach nicht erfüllt werden, denn wettbewerbsmarkttypisch ergeben sich Chancen und Risiken. Die Planung neuer Versorgungsformen gleicht einer Unternehmensgründung und setzt daher präzise medizinische, organisatorische und ökonomische Vorbereitungen voraus. Alle Managed-Care-Ansätze haben die Steuerung von Qualität und Kosten zum Ziel, daher sind Analysen der aktuellen Behandlungsprozesse und deren Kostenkalkulation eine erfolgsentscheidende Voraussetzung für die erfolgreiche vertragspartnerschaftliche Teilnahme an neuen Versorgungsstrukturen. Prozessanalysen lassen nahezu immer Optimierungspotentiale erkennen und gewinnen somit als Controlling-Instrument – im zunehmenden Qualitäts- und Preiswettbewerb – erheblich an Bedeutung. Anästhesisten erkennen hier ihre fachübergreifenden Kompetenzen und profilieren sich dabei auch als die Manager der perioperativen Schnittstellen.

► **Schlüsselwörter:** Integrierte Versorgung – Prozessoptimierung – Budgetverantwortung – Planung.

## 1. Aktuelle Situation

Mit der Gesundheitsreform 2006 soll das Gesundheitswesen in Deutschland zukunftsweisend umgestaltet werden, das betrifft sowohl die Strukturen und Organisationen als auch die Finanzierung der gesetzlichen und privaten Krankenversicherungssysteme. Zielsetzung aller künftigen, reform-induzierten Maßnahmen ist die messbare Verbesserung der Gesundheitsversorgung sowie deren Finanzierungsstabilität.

Dabei sieht die Gesundheitspolitik als eine der dringlichsten Aufgaben, die Effizienzreserven durch neue Versorgungsstrukturen zu mobilisieren. Ziel dieser neuen Ansätze (Managed Care, Integrierte Versorgung (IV)) muss es daher sein, Fach- oder Sektorengrenzen zu überwinden, Versorgungsqualität zu erhöhen, Transparenz bei Angebot und Wirkung herzustellen sowie bevölkerungsbezogene Flächendeckung zu erreichen.

Zwei Jahre nach Inkrafttreten der grundlegenden Überarbeitung des schon im Jahre 2000 erstmals formulierten § 140 a ff (SGB V) lagen der Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS) im Januar 2007 bereits über 3.500 Meldungen zu abgeschlossenen IV-Verträgen vor (Anfang 2005 waren ca. 420 Verträge registriert!). Die Liberalisierung des Vertragsarztrechts erlaubt weitere Gestaltungsspielräume für sektorübergreifende Kooperationsformen und bringt zusätzlichen Schub in Planung und Umsetzung integrierter Versorgungsformen.

Alle an der Gesundheitsversorgung beteiligten Berufsgruppen sollten die Potentiale der Gestaltungsmöglichkeiten kennen, um sich selbst rechtzeitig zu positionieren, aber auch um den Wettbewerb besser einzuschätzen um frühzeitig und gezielt reagieren zu können. Insbesondere für den Fachbereich Anästhesiologie, Intensivmedizin und Rettungsmedizin, aber auch für die spezielle Schmerztherapie ergeben sich zukunftsweisende Perspektiven.

## 2. Integrierte Versorgung

### 2.1 Grundzüge

Die integrierte Gesundheitsversorgung – als eines der Kernelemente von Managed Care – ist eine behandlungssektoren- und einrichtungsübergreifende, strukturierte Versorgungsform zur Verbesserung der Qualität, zur Senkung der Kosten und zur Förderung des Wettbewerbs. Sie umfasst sämtliche Formen der transsektoralen und der intrasektoralen Vernetzung und Kooperation, aus der sich eine effiziente und patientenorientierte Gestaltung von Präventions-, Diagnose- und Behandlungsstrukturen entwickelt, mit dem Ziel, die optimale Versorgung der Patienten auf jeder Behandlungsstufe zu gewährleisten. Die Teilnahme an der integrierten Versorgung ist für die Versicherten freiwillig und gilt – nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung – für den gesamten vereinbarten Leistungskomplex. Auf der Basis der Erfahrungen bisheriger Vertragsabschlüsse lassen sich derzeit folgende Vertragstypen unterscheiden:

- 1) Modifizierte Strukturverträge (z.B. amb. Operieren)
- 2) Indikationsbezogene Verträge mit Komplexpauschalen (z.B. Endoprothetik)
- 3) Case-Management-Verträge (koordinierte, transsektorale interdisziplinäre Versorgung)
- 4) Verträge mit Budgetvereinbarungen (bevölkerungsbezogen, flächendeckende Versorgung).

\* Rechte vorbehalten

► Die Vertragskategorien 1) und 2) wurden in den Anfängen der integrierten Versorgung (ab 2004) favorisiert, eigneten sie sich doch auf Grund relativ geringen Planungsaufwandes als Werkstattversionen (Prototypen) für alle beteiligten Leistungspartner. Aber vor allem die Kategorien 3) und 4) erfüllen die Zielsetzungen integrierter Versorgung im Sinne einer qualitätsgesicherten umfassenden Gesundheitsversorgung, sie setzen zudem ungleich höheren Planungs- und Managementaufwand voraus.

Die Leistungsvergütung in der integrierten Versorgung erfolgt prinzipiell unabhängig von der gängigen Vergütungssystematik der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und ist somit von Seiten der Leistungserbringer kalkulierbar und mit den Kostenträgern (Krankenkassen) verhandelbar – ein Novum im deutschen Gesundheitswesen.

In der integrierten Versorgung übernimmt jeder beteiligte Leistungserbringer, gemäß der vertraglichen Vereinbarungen, die Gewährleistung für die Prozess- und Ergebnisqualität des gesamten vereinbarten Behandlungsverlaufes und trägt Mitverantwortung für die vereinbarten Vergütungs- und Budgetvolumina.

Zum besseren Verständnis und als Planungsbasis seien im Folgenden die Zielsetzungen integrativer Versorgungskonzepte aus der Sicht der Krankenkassen (als dominanter Vertragspartner) zusammengefasst:

- Entwicklung von standardisierten, koordiniert sektorübergreifenden Versorgungs- und Vertragskonzepten (ggf. übertragbar auf andere Versorgungsregionen)
- Bedarfsorientierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Behandlung der Patienten
- Überlegenheit gegenüber der Regelversorgung (bzgl. medizinischer, ökonomischer und Service-Aspekte)
- Erkennbarer Nutzen bzw. Mehrwert für die Versicherten
- Intensivierte Information und Beratung der Patienten
- Entwicklung markenbildender Versorgungskonzepte
- Nachweisbare Verbesserung der Versorgung (Evaluation).

Welche Chancen ergeben sich für die Leistungsanbieter durch die Teilnahme an Verträgen zur integrierten Versorgung? Dazu einige Punkte:

- Neue Versorgungskonzepte mit Gestaltungsvielfalt
- Erweiterung des Leistungsspektrums
- Stärkung der Patientenbindung und Steuerung in die Einrichtungen der Vertragspartner
- Effizienzsteigerung durch Kooperation (gemeinsame Behandlungspfade, Netzwerk- und Zentrenbildung)
- Verbesserung des Informationstransfers (sektorübergreifende Informationstechnologie)
- Extrabudgetäre Zusatzlöhne, Vergütung verhandelbar
- Stärkung der Marktposition und positive Marketing-Effekte für alle beteiligten Leistungserbringer.

Wie für marktwirtschaftliche Systeme charakteristisch, können sich aber auch Risiken durch die Teilnahme an der integrierten Versorgung ergeben:

- Einschränkung der beruflichen Autonomie und Individualität in Diagnostik und Therapie
- IV-vertragliche Bindung zu:
  - Kooperation
  - Qualitätssicherung
  - Leistungsdokumentation, Transparenz
  - Wirtschaftlichkeit in der gesamten Behandlung.

Insbesondere in späteren Phasen der Umsetzung von IV-Verträgen kommen frühere Planungsversäumnisse und unrealistische Fallzahl- und Umsatzprognosen zum Tragen und lassen interessante Projekt-Konzepte scheitern. Folgende Gründe sind hier zu nennen:

- die Steuerung der Patienten in die IV und die kontinuierliche Begleitung gelingen nur unzureichend
- die vereinbarte Ergebnisqualität wird nicht erreicht (vertraglich vereinbarte Gewährleistung)
- Fehler in der Prozesskostenanalyse und somit Kalkulationsfehler in der IV-Pauschale
- prognostizierte Zusatzlöhne werden nicht realisiert
- Managementaufwand wird unterschätzt
- Kooperationspartner erweisen sich als nicht geeignet (bzgl. Prozess- und/oder Ergebnisqualität).

Die Erfahrungen (aus Fachtagungen, Workshops, Mitgliederbefragungen) der Deutschen Gesellschaft für Integrierte Versorgung im Gesundheitswesen (DGIV) belegen, dass bei vielen der bisher IV-vertraglich vereinbarten Versorgungskonzepte entscheidende organisatorische und/oder ökonomische Projektplanungskomponenten mangelhaft ausgearbeitet sind.

Die dabei am häufigsten erkennbaren „Misserfolgskriterien“ sind der fehlende Nachweis der Wertschöpfung, ungeeignete Vergütungsregelungen, unzureichende Managementkompetenz bzw. -ressourcen sowie fehlende Nachhaltigkeit („kurzsichtige“ Erfolgskriterien).

## 2.2 Planung und Management der IV

Für Leistungserbringer, die ein IV-Versorgungsangebot erstellen oder sich an IV-Projekten beteiligen wollen, ist die Kenntnis der o.g. allgemeinen Zielsetzungen der Integrierten Versorgung besonders wichtig. Das IV-Konzept muss auf den Zielsetzungen der Kostenträger (und der Gesundheitspolitik) basieren, ansonsten hat das Konzept für die Kassen keinen Nutzen und wird abgelehnt.

Vergleichbar einer Unternehmensgründung ist auch für die IV-Projektentwicklung von Anfang an kompetentes Projekt-Management unverzichtbar.

Der Aufgabenkatalog der IV-Planung, insbesondere für Vertragskonzepte der Kategorie 3) und 4) entspricht also dem Muster klassischer Projektentwicklung (Idee, Analyse, Planung, Umsetzung). Auf Gründungsinitiative und Zieldefinition folgen Machbarkeitsanalyse und Businessplan – die einzelnen Module der Planung:

- Entwicklung einer „Geschäftsidee“
- Zusammenstellung des „Kernteams“
- Herstellen von Verbindlichkeit (Letter of Intent)
- Erstellen eines fundierten Businessplans mit folgenden Elementen: ►

- ▶ • Executive Summary (Zusammenfassung des Businessplans)
- Versorgungskonzept
- Leistungsspektrum (Produkt, Dienstleistungen, Service-Elemente)
- Marktsituation (aktueller Gesundheitsmarkt, Potentiale, Wettbewerber)
- Marketing-Plan (Kundensegmente, Positionierung)
- Geschäftssystem / Organisationsstrukturen / Personalplanung
- Realisierungsfahrplan
- Chancen und Risiken
- Finanzplanung (Finanzierung / Umsatzprognosen).

### Entwicklung von IV-Konzepten

Für die Leistungsanbieter in Klinik und Praxis, die sich mit der Vorbereitung von IV-Konzepten befassen, ergeben sich demnach folgende Vorbereitungsaufgaben:

- Definition der Diagnosengruppen
- Kalkulation einer realitätsnahen Fallzahlprognose
- präzise Definition des Leistungsumfangs
- Erstellung standardisierter Behandlungsprozesse (SOPs)
- Kostenermittlung aller Leistungen und Teilleistungen
- Standardisierung der Leistungsdokumentation und -abrechnung
- Kalkulation der internen Vergütungsregelung (Kooperationsverträge mit allen Leistungserbringern)
- Standardisierung der Kommunikationsstrukturen (IT)
- Einrichtung einer Organisationsstruktur (Management)
- frühzeitige Vorgespräche mit den Kostenträgern.

Die für tragfähige IV-Konzepte erforderlichen Managementkompetenzen und -ressourcen werden – typisch für Pionierleistungen – immer unterschätzt. Durch sorgfältige Projektplanung lassen sich solche Fehler weitgehend vermeiden. Aus der bisherigen Erfahrung mit IV-Planung können folgende Managementaufgaben benannt werden:

- Erstellung und Prüfung von Leistungsangeboten und Businessplänen
- Entwicklung, Koordination und Controlling des Vertragswerkes
- Finanzmanagement (Budget, interne Honorarverteilung)
- Informations- und Kommunikationsmanagement (IT)
- Controlling (Fallkosten, Leistungssteuerung, Risikoanalysen, Ergebnisbewertung etc.)
- Qualitätsmanagement (Leitlinien, Entwicklung sektorübergreifender Behandlungspfade etc.)
- Effektives Überleitungs- und Entlassungsmanagement
- Marketing-Management.

### 2.3 IV – Chancen für Struktur- und Prozessoptimierung

In Anbetracht der Zielsetzungen der Managed Care Programme entwickeln sich neue Wettbewerbselemente. Der Wert eines Gesundheitsunternehmens

(Krankenhaus, Praxis, Facharztzentrum, Ambulante Pflegeeinrichtung etc.) wird künftig auch geprägt durch die Quantität und Qualität von tragfähigen Individualverträgen mit den Kostenträgern (z. B. Verträge zur Integrierten Versorgung).

Innovative Kooperationsformen und neue betriebliche Infrastrukturen unterstützen dabei die qualitätsgesicherte, effiziente, leistungssektorenübergreifende und patientenorientierte Versorgung.

Integrierte Versorgung ist eine Prozessinnovation zur Steigerung der Qualität, Transparenz und Effizienz der Abläufe im Gesundheitswesen.

Das OP-Management in Krankenhäusern, aber auch in ambulanten, von niedergelassenen Ärzten geleiteten Einrichtungen steht vor neuen Herausforderungen hinsichtlich der Optimierung der Infrastrukturen, der Prozesse und der Ergebnisse medizinischer Behandlungsverfahren.

Wie bereits erläutert, werden nur diejenigen Leistungspartner IV-Projekte erfolgreich umsetzen, welche die sektor- und einrichtungsübergreifende interdisziplinäre Zusammenarbeit prozessual optimiert haben.

Die Gestaltung der Schnittstellen im Behandlungsprozess (z. B. perioperatives Prozessmanagement) – eine der Hauptaufgaben der integrierten Versorgung – kann dabei vorzugsweise von Anästhesisten übernommen werden.

Um die o. g. Chancen zu nutzen, sind – insbesondere in Versorgungsverträgen mit vorwiegend operativem Leistungsspektrum – eine Reihe von Anforderungen für jede Qualitätsdimension (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität) an den OP-Bereich und das OP-Management zu stellen:

- prozessoptimierte Ablauforganisation (mit allen relevanten Funktionsbereichen der Klinik)
- kostenbewusstes OP-Management
- leistungsgerechte und verantwortungsvolle Ressourcenplanung
- klare Verantwortungsregelung
- präzise Schnittstellenorganisation
- hohe Organisationsflexibilität
- leistungsgerechtes Personalmanagement
- Ermittlung der Prozesskosten in Zusammenarbeit mit dem Controlling
- Qualitätsmanagement, Qualitätssicherung
- optimierte Dokumentation, Kommunikation (IT)
- Controlling.

Sollten mehrere Krankenhäuser Vertragspartner eines gemeinsamen IV-Vertrages sein, so gilt es, auch das OP-Management der einzelnen Häuser zu koordinieren. Zwischen den teilnehmenden Einrichtungen sind die relevanten Verfahren abzustimmen, um vergleichbare Ergebnisse zu erzielen. Die Kostenträger erwarten identische Behandlungsqualität in allen teilnehmenden Krankenhäusern. Je nach der Ausgestaltung des IV-Vertrages ist zu berücksichtigen, dass der IV-Patient hinsichtlich der administrativen und organisatorischen Aspekte einen „neuen Patiententypus“ – außerhalb ▶

► der Regelleistungen der GKV und der PKV – repräsentiert und somit an alle am Versorgungsprozess beteiligten Berufsgruppen zusätzliche Anforderungen stellt.

Der OP-Manager muss also über den Inhalt der IV-Verträge gut informiert sein, idealerweise ist er in den Gestaltungsprozess mit einzubeziehen. Die beteiligten Abteilungen und deren Mitarbeiter sind ebenfalls über vertragliche Sondervereinbarungen (Medizin, Pflege, Service) präzise zu informieren und mit entsprechenden Verfahrensanweisungen auszustatten.

Vertraglich vereinbarte „Service-Elemente“ sind folglich für alle beteiligten Leistungserbringer verbindlich. Die Krankenkassen, die mit ihren innovativen Versorgungskonzepten intensiv werben, prüfen die vereinbarte Versorgungsqualität (Prozess- und Ergebnisqualität) durch strukturierte Befragungsmaßnahmen und mahnen im Falle erkannter Defizite die Vertragstreue der Leistungspartner an und ziehen ggf. die Konsequenzen: Der Vertrag wird ggf. vorzeitig gekündigt, die vereinbarten Leistungen werden dann durch andere Vertragspartner bzw. Einrichtungen erbracht. Der Schaden kann je nach Krankenkasse, vereinbartem Leistungsvolumen oder verhandeltem Budget erhebliche ökonomische Auswirkungen für die Leistungsanbieter haben. Der daraus entstandene Imageschaden kann erneute Bestrebungen, an integrierten Versorgungsmodellen teilzunehmen, aussichtslos werden lassen.

### 3. Fazit

Die integrierte Versorgung bietet den Leistungspartnern eine bisher im deutschen Gesundheitswesen vermisste Gestaltungsvielfalt. Insbesondere für gut organisierte Krankenhäuser, Facharztzentren und Ärztenetze, die sich entschließen, an der Integrierten Versorgung teilzunehmen, eröffnen sich neue Chancen in innovativen Organisationsstrukturen und Kooperationsformen. Der Stellenwert des Prozessmanagements wird im Rahmen der neuen Versorgungsformen erheblich gestärkt, denn im Rahmen der Individualverträge wird das Management – neben dem verantwortungsvollen Umgang mit den Ressourcen (Personal, Medizintechnik, Material,

Raum, Zeit) und der optimierten Ablauforganisation – vor zusätzliche Aufgaben gestellt: die Gewährleistung hoher Ergebnis- und Servicequalität zugunsten der Patienten und positive ökonomische Effekte. Ein erfolversprechendes IV-Konzept muss demnach neben der Darstellung der Verbesserung der Versorgungsqualität die gesundheitsökonomischen Potentiale herausstellen. Nachhaltigkeit des Versorgungskonzepts und Übertragbarkeit sind weitere erfolgsentscheidende Kriterien. Unabdingbare Voraussetzungen für den Erfolg der Individualverträge sind aber Kreativität, Managementkompetenz, unternehmerischer Mut sowie hohe Dienstleistungsbereitschaft aller Beteiligten.

#### Weiterführende Literatur

1. Amelung V, Meyer-Lutterloh K, Schmid E, Seiler R, Weatherly J. Integrierte Versorgung und medizinische Versorgungszentren. Schriftenreihe des Bundesverbandes Managed Care. Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2006.
2. Busse R, Schreyögg J, Gericke Ch. Management im Gesundheitswesen. 1. Auflage. Berlin: Springer-Verlag; 2006.
3. Heil Th. Integrierte Versorgung und OP-Management in der Integrierten Versorgung. In: Ansorg J, Schleppers A, Diemer M, Heberer J, von Eiff W. (Hrsg.). OP-Management (2006) Berlin: MWV Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft; 2006:504-513.
4. Henke K.-D., Reimers L. (2006), Finanzierung, Vergütung und integrierte Versorgung im medizinisch-technischen Leistungsgeschehen, ZiG Print, 2006-02 Berlin.

#### Korrespondenzadresse:

Dr. med. Thomas Heil  
 Facharzt für Anästhesiologie  
 Technische Universität Berlin (TU)  
 Wirtschaft und Management  
 Fachgebiet: Finanzwissenschaft und  
 Gesundheitsökonomie  
 Straße des 17. Juni 135  
 10623 Berlin  
 Deutschland  
 E-Mail: t.heil.berlin@t-online.de