

Ein Jahr **GMG**: Was macht eigentlich die integrierte Versorgung?

Die Ärztezeitung vom 4. Februar meldet: „Steile Lernkurve für Verträge zur Integration“ und „Die Verträge werden medizinisch und organisatorisch komplexer und anspruchsvoller“. Ca. 280 Verträge nach § 140 SGB V waren Ende 2004 bei der Registrierungsstelle für integrierte Versorgung gemeldet. Also ein weiterer Erfolg des GKV-Modernisierungsgesetzes (GMG)? Dr. Herbert Hillenbrand berichtet.

Ob es sich um einen weiteren Erfolg handelt, wird sich wohl erst im Jahr 2007 zeigen! Denn dann fällt die Anschubfinanzierung weg, mit der das Ganze zum Laufen kommen sollte, und dies auch offensichtlich tut. So sind



Dr. Herbert Hillenbrand: „Der Marsch der Integrationsverträge verändert das Versorgungssystem.“

die bisher geschlossenen Verträge ohne Risiko für alle Beteiligten: Durch die rasche Verbreitung von integrierten Versorgungsverträgen können die Krankenkassen von dem „Bis zu 1 %-Abzug“ Gebrauch machen und von den Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenhäusern das Geld zu Finanzierung der Verträge locker machen. Für die beteiligten Leistungserbringer liegt der Gewinn zunächst darin, einen Teil des Abzugs wieder hereinzuholen. Ein Großteil der bisher geschlossenen Verträge ist allerdings wenig innovativ bzw. trägt sich nur auf Grund der Mittel aus der Anschubfinanzierung. Sicherlich geht es den Kassen zunächst auch darum, gegenüber den KVen Einfluß auf das Versorgungsgeschehen zu gewinnen, d. h. mit Leistungserbringer direkt abzuschließen. Auf der anderen Seite gibt es jedoch bereits jetzt sehr in-

teressante und innovative Verträge mit zukunftsweisender Bedeutung. Man muß dabei allen Beteiligten eine Lernkurve zubilligen und mit zunehmender Erfahrung und Professionalität werden die integrierten Versorgungssysteme das bisherige kollektivvertragliche Versorgungssystem zurückdrängen.

Bedeutung für die Diabetologie?

Der „Marsch der Integrationsverträge“, die Durchsetzung der DMPs nun auch bei KHK und Asthma/COPD sowie der Abschluß von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung verändern unser bisheriges Versorgungssystem mit großer Geschwindigkeit: integrierte Versorgung mit Hausarztzentrierung sind die zukünftigen Rahmenbedingungen, die ganz besonders für

Durchaus interessant: die Honorierung der vertraglichen Leistungen

Vergütungspositionen für teilnehmende Hausärzte

- ◆ **Einschreibepauschale**
einmal pro Patient € 15,30
- ◆ **Integrationspauschale I**
pro Behandlungsfall im ersten Jahr der Teilnahme
des Versicherten € 5,10 / Quartal
- ◆ **Integrationspauschale II**
für jedes weitere Jahr der Teilnahme des Versicherten
€ 20,40 / Jahr
- ◆ **Präventions-Check**
einmal im Jahr für Versicherte ab Vollendung
des 35. Lebensjahres in medizinisch begründeten
Einzelfällen als Grundlage der Präventionsberatung
€ 35,70 / Jahr
- ◆ **Pauschale für die Anwendung des Medikationskontos**
max. bei 10 % der teilnehmenden Versicherten/Arzt/Quartal;
nur einmal pro Jahr pro Versicherten € 16,32 / Jahr
- ◆ **Pauschale für die Behandlung und Betreuung**
von Patienten, die an einem DMP teilnehmen € 5,10 / Quartal

Vergütungspositionen für teilnehmende Apotheken

- ◆ **Apothekenintegrationspauschale** € 8,00 zzgl. MwSt./Quartal

die Behandlung chronisch Kranker gelten. Daran sollte sich jede diabetologische Schwerpunktpraxis und Klinik bei ihren Strategieüberlegungen orientieren!

Stichworte „integrierte Versorgung“ und „hausarztzentrierte Versorgung“. Hier erregt der Vertrag der Barmer Ersatzkasse (BEK) mit dem Deutschen Hausärzterverband e. V. und dem Deutschen Apothekerverband e. V. viele Gemüter, vor allem innerärztlich. Mit diesem Vertrag haben die BEK und der Hausärzterverband zwei Fliegen mit einer Klappe geschlagen. Einerseits wird die gesetzliche Verpflichtung der Kassen erfüllt, Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung (§ 73b) „mit besonders qualifizierten Hausärzten“ zu schließen, andererseits verfügen die Vertragspartner über einen Flächendeckenden Vertrag nach § 140! Und da liegt der Sprengstoff! Bereits Ende Januar hatten ca. 12.000 Hausärzte unterschrieben, und das bedeutet enorme Honorarflüsse hin zu den beteiligten Hausärzten und Apothekern. Daß es da

Text: Dr. Herbert Hillenbrand.

gleich in einigen KVen kräftig krachte, war klar, und das ist nur ein Vorgeschmack auf die Zukunft!

Was will der „Vertrag zur Integrierten Versorgung durch Hausärzte und Hausapotheken“? – Auszüge

Versorgungsauftrag

◆ „Individuelle Betreuung des Patienten durch den Hausarzt hinsichtlich eines optimalen Behandlungsablaufes, falls der Patient unterschiedliche Leistungserbringer und Versorgungsebenen in Anspruch nehmen muss. Der Hausarzt betreut seinen Patienten, indem er Behandlungsschritte koordiniert sowie Untersuchungs- und Behandlungsergebnisse zusammenführt. Hierbei gilt der Arzneimittelversorgung besondere Aufmerksamkeit. Weiterhin unterstützt bzw. ermutigt der Hausarzt den Patienten darin, dass dieser sich mit seiner Erkrankung auseinandersetzt und gemeinsam stets der für den Patienten bestmögliche Behandlungsweg gefunden wird.“

- ◆ Aktive Zusammenarbeit zwischen Arzt und Apotheker bei der Arzneimittelversorgung. Dieses beinhaltet daß
 - der Apotheker für eingeschriebene Patienten eine Medikationsliste anlegt,
 - der Hausarzt im konkreten Behandlungsfall Daten aus der Medikationsliste vom Apotheker anfordern kann und sich Arzt und Apotheker dann gemeinsam über die Medikation verständigen.

◆ Patientenindividuelle Beratung durch den Hausarzt hinsichtlich präventiver Maßnahmen (z.B.

Ernährung, Bewegung, Check up) mit dem Ziel einer möglichen Optimierung der Arzneimitteltherapie.

Teilnahmevoraussetzungen für Hausärzte

1. Regelmäßige hausärztliche Fortbildung, insbesondere durch Teilnahme an Qualitätszirkeln. Der Hausarzt muss jährlich an mindestens vier verschiedenen Qualitätszirkelveranstaltungen teilnehmen.
2. Implementierung jährlich mindestens einer z. B. von der DEGAM oder ÄZO (ggf. AWMF) festgelegten, evidenzbasierten medizinischen Leitlinie in die hausärztliche Tätigkeit ab dem 2. Teilnahmejahr.
3. Bereitschaft zur Durchführung akkreditierter strukturierter Behandlungsprogramme bei chronischen Krankheiten („DMP“)!

Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Patient, zunächst zu seinem Hausarzt zu gehen und den Facharzt nur auf dessen Überweisung in Anspruch zu nehmen.“

Der Patient erhält dafür einen

Bonus in Form des Wegfalls der Praxisgebühr.

Fazit

Das Ziel ist klar: „unnötige“ ärztliche, medizinische Leistungen und Medikamentenverordnungen sollen vermieden bzw. reduziert werden, die aktive Mitarbeit und Prävention gestärkt werden! Wird es gelingen? Man wird sehen – nach zwölf Monaten soll die erste Bilanz gezogen werden.

„Die Endzeit der papierernen Einzelpraxis ist eingeläutet.“

Dr. Herbert Hillenbrand

Aus Sicht des kritischen Beobachters läßt sich folgendes vorhersagen:

1. Viele Hausarzt-Praxen werden an diesen neuen Herausforderungen scheitern. Ohne ein (einfaches) Qualitätsmanagement in der Praxis lassen sich neben der konventionellen Versorgung DMPs und Integrationsversorgungsverträge unterschiedlicher Kassen nicht mehr managen.
2. Ohne regionale Vernetzung z. B. in einem Ärztenetz e. V. mit verbindlichen Strukturen und Prozessen wird integrierte Versorgung scheitern und
3. ohne elektronischen Patientenakten und elektronischer Vernetzung kann der

notwendige Informationsaustausch nicht erfolgen.

Die „Endzeit der papierernen Einzelpraxis“ ist eingeläutet! Zum Abschluß noch zwei Hinweise. Noch oft werden MVZ (Medizinisches Versorgungszentrum) und integrierte Versorgung in einen Topf geworfen. Ein großer Irrtum – denn das Erste ist eine neue Form eines ambulanten Leistungserbringers, und mit dem Zweiten handelt es sich um eine neue Vertragsform zur Versorgung, die Praxen, MVZs und Kliniken offen steht.

Und was macht die integrierte Versorgung nach § 140 bei Diabetes? Solche Verträge sind mittlerweile auch abgeschlossen worden – mehr dazu in der nächsten Ausgabe!

i VDBD-Termine	
<p>AG Südbayern für 2005 – Datum: 21. Juni 2005, Beginn 17.30 Uhr Thema: Ernährungsempfehlungen auf den Kopf gestellt? Referent: Prof. Hans Hauner, Ort: Medizinische Klinik Innenstadt der LMU Ziemssenstrasse 1, München Diabetesberatung ab Hbf U 3 oder U6 bis Sendlinger Tor oder zu Fuß</p>	<p>Ab Hbf. U 5 und U8 bis Neuperlach Zentrum, dann Bus 39, 92, 95, 97 oder 197 bis Haltestelle KH Neuperlach</p>
<p>– Datum: 12. September 2005, Beginn 17.30 Uhr Thema: Nahrungsergänzungsmittel Referent: Frau Dr. von Mücke Ort: KH Neuperlach, 3 Med. Oskar-Maria-Graf-Ring 51 Haus A, 4. Stock, Raum 0405</p>	<p>– Datum: 22. November 2005; Beginn 17.30 Uhr Thema: Diabetes und Depressionen Referent: NN Ort: Rot Kreuz Krankenhaus Nymphenburger Straße 163 Ab Hbf. mit U1 oder U7 (Ri Olympia Einkaufszentrum) bis Rot-Kreuz-Platz Konferenzraum neben der Pforte</p>
	<p>Beate Souranis Diabetesberaterin DDG E-Mail: bsourani@ocdde.jnj.com</p>

Allpresan® Cremeschäume

auch für Diabetiker empfehlenswert

Haut richtig pflegen heißt, sie atmen zu lassen.



Trockene Haut braucht Hilfe. Die ist aber weniger in fettreichen Cremes und Salben zu finden: Je fetthaltiger die Creme, desto größer die Gefahr, dass Sie die Poren Ihrer Haut damit regelrecht „versiegeln“. Und mit verstopften Poren kann Ihre Haut nicht mehr atmen. Körperwärme staut sich. Hautirritationen und Juckreiz nehmen schlimmstenfalls noch zu.



Mit Allpresan® Cremeschäum werden die natürlichen Hautfunktionen belassen.



Fettcremes und Salben neigen dazu, die natürlichen Hautfunktionen zu behindern.

Allpresan® hilft trockener Haut deshalb auf eine andere Art: Nicht mit Cremes oder Salben, sondern mit dem patentierten Allpresan® Cremeschäum. Er enthält vor allem Feuchtigkeit in Form von Harnstoff (Urea). Der Cremeschäum zieht rasch ein und lässt die Haut „atmen“. So kann sich Ihre Haut optimal regenerieren.



Pflegebeispiel mit Allpresan® Cremeschäum (hier nach 6 Wochen an den Füßen)

Kostenlose Informationen und Originaldosen können Sie unter Tel. 0800 - 2 55 77 77 anfordern.

Allpresan®
Cremeschäume