

**Bundeskongress Kompetenz in Ernährung  
28. und 29. April 2006, CongressPark Wolfsburg**

**D M P – I N T E G R I E R T E V E R S O R G U N G**

**Ernährungsmedizin/Ernährungsberatung – Möglichkeiten in der Integrierten Versorgung**

*Holger Söldner, Controlling und Versorgungsmanagement, Leiter-Projekte Integrierter Versorgung, Deutsche BKK Wolfsburg, Willy-Brandt-Platz 8, 38440 Wolfsburg*

---

Mit den Regelungen des § 140 a ff Sozialgesetzbuch Fünf (SGB V) – in Kraft seit 01.01.2004 – hat der Gesetzgeber das Ziel verfolgt, die integrierte Versorgung weiter zu entwickeln. Juristische Barrieren und ökonomische Hemmnisse sollten beseitigt werden.

Dies ist zumindest in einigen Teilbereichen erfolgt. Um zusätzliche Anreize zur Vereinbarung integrierter Versorgungsverträge zu geben, stehen zwischen 2004 und 2006 bis zu 1 % der jeweiligen Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzte und der Krankenhausvergütungen als übertragener Vergütungsanteil zur Verfügung. Andere Leistungserbringer z.B. Apotheken können in die integrierte Versorgung einbezogen werden. Die Erfüllung der vertraglichen Leistungsverpflichtungen findet außerhalb des Sicherstellungsauftrages der Kassenärztlichen Vereinigungen statt. Krankenkassen können Verträge auch mit Trägern von medizinischen Versorgungszentren und mit Trägern, die eine Versorgung durch dazu berechtigte Leistungserbringer anbieten, selbst aber nicht Versorger sind (z.B. Managementgesellschaften), abschließen.

Ziel der Integrierten Versorgung soll in erster Linie die Verbesserung der Versorgung der Patienten sein. Darüber hinaus können mit derartigen Verträgen neue Vergütungsformen für den ambulanten und stationären Bereich erprobt werden, die sich mehr als bisher am Grundsatz: „Geld folgt der Leistung“ orientieren.

Für den Patienten ist die Teilnahme an integrierten Versorgungsmodellen freiwillig und mit keinerlei finanziellen Nachteilen verbunden. Er muss aber bestimmte Spielregeln einhalten und hat die Verpflichtung, am Programmserfolg mitzuwirken.

Nach gut zwei Jahren „Integrierter Versorgung“ in Deutschland gibt es eine Vielzahl von z.T. recht unterschiedlichen Verträgen dieser besonderen Versorgungsform. Deutlich wurde, dass in den meisten Fällen ein Indikationsbezogener Ansatz ausgewählt wurde, da die Umsetzung auf Grund der geringen Komplexität einfacher, schneller und Erfolg versprechend erscheint. Das Spektrum reicht von Knie- und Hüftendoprothetik über Herzoperation, Schmerztherapie, Versorgung chronischer Wunden, etc. bis zu Verträgen die sich mit seltenen Krankheitsbildern z.B. Mukoviszidose auseinandersetzen. Aber auch die „Volkskrankheiten“ und deren „Erfolgs-/Misserfolgskriterien“ (wie Hypertonie, Herzinsuffizienz, Diabetes, Adipositas etc.) werden im Rahmen der Integrierten Versorgung aufgegriffen.

Ausgangspunkt/Keimzelle neuer Versorgungsmodelle sind häufig Krankenhäuser und Rehabilitationseinrichtungen z.B. bei der Endoprothetik oder Ärztenetze, aber auch die Krankenkassen, die den neuen Freiraum den der Gesetzgeber geschaffen hat, nutzen wollen, um Neues zu erproben. Allerdings fokussiert sich das Geschehen häufig auf die Bereiche stationäre Behandlung und medikamentöse Therapie. Dabei geht es in erster Linie darum, die Versorgung im ambulant ärztlichen Bereich zu optimieren und damit dem Patienten stationäre Behandlungen zu ersparen. Das ist unter Kostengesichtspunkten natürlich auch ein Ziel, das die Kostenträger im Fokus haben. Projekte, die einen ganzheitlichen Ansatz haben, sind eher selten. Hier ist sicher noch erheblicher Nachholbedarf und auch die Chance für Konzepte, die über das vorher dargelegte hinausgehen. Mit solchen Konzepten wird es auch möglich und notwendig weitere Partner in die Versorgung vertraglich einzubinden. Am Beispiel des Diabetes mellitus lässt sich gut belegen, welche Bedeutung z.B. eine Ernährungsberatung für die Versorgungssituation hat. Eine Gewichtsreduktion durch ausgewogene Ernährung verbunden mit sportlicher Aktivität kann zu einer messbaren Verbesserung der Blutzuckereinstellung ohne Medikamente führen. Gleiches gilt sicherlich auch für die Indikation Hypertonie.

Bewertet man die Integrierte Versorgung in ihrer derzeitigen Hauptausrichtung, muss man feststellen, dass sich der Stellenwert z.B. von Fragen der Ernährung nicht adäquat widerspiegelt. Nur in einigen wenigen aktuellen Versorgungsverträgen lässt sich ein ganzheitlicher Ansatz für eine optimierte Patientenversorgung erkennen. Häufig werden lediglich bereits vorhandene Strukturen (Arzt – Krankenhaus oder Krankenhaus – Rehabilitation) vertraglich miteinander verbunden; häufig mit dem Ziel die Kostenseite zu optimieren. Das war sicherlich nicht das vordergründige Ziel des Gesetzgebers als er die Integrierte Versorgung zum 01.01.2004 neu belebt hat. Hier ist sicherlich noch viel aufzuarbeiten und für eine tatsächliche Versorgungsverbesserung ist in vielen Indikationsbereichen mehr erforderlich als bisher umgesetzt wurde. Dazu bedarf es aber konzeptioneller Ansätze, die eine Versorgungsverbesserung und eine betriebswirtschaftliche Bewertung im Fokus haben.