

kma

Das Gesundheitswirtschaftsmagazin

MANAGER DES JAHRES 2009

Hans Georg Näder

Otto Bock Healthcare GmbH

Chefarztsuche:

Selber züchten!

Pathologie:

Abseits des Rampenlichts

Porträt:

Björn Bergh -
Segler zwischen den Welten

Kinzigtal: In dieser Idylle wird die Gesundheitsversorgung von morgen erprobt. Das Einzugsgebiet beträgt 50 Kilometer.



INTEGRIERTE VERSORGUNG

Die zweite Generation

Nach dem Auslaufen der Anschubfinanzierung ist der Motor der Integrierten Versorgung ins Stottern geraten. Er darf nicht ausgehen, da sind sich alle einig. Nur wie Integrierte Versorgung zukunftsfähig gestaltet werden kann, darüber gehen die Ansichten auseinander. Dabei gibt es sie – die IV-Erfolgsgeschichten –, wie das Gesunde Kinzigtal beweist.

Ein Hausarzt im Integrierten Versorgungsprojekt Gesundes Kinzigtal erhält in der Spitze zwischen 18.000 und 25.000 Euro pro Jahr zusätzlich zur honorarärztlichen Vergütung.

Gesundes Kinzigtal steht vor allem bei den alten und multimorbiden Patienten hoch im Kurs. Sie fühlen sich durch die individuelle Betreuung gut aufgehoben und drängen oft den Arzt an dem IV-Vertrag teilzunehmen. „Früher hat der Arzt den Patienten die Teilnahme empfohlen“, erklärt der Geschäftsführer der Gesundes Kinzigtal GmbH, Helmut Hildebrandt. Unter den Tausenden von Projekten zur Integrierten Versorgung (IV-Projekten) – die es vor Auslaufen der Anschubfinanzierung vor einem Jahr gab – genießt das südbadische „Gesundes Kinzigtal“ seit seiner Gründung im Jahr 2005 besondere Aufmerksamkeit in der Fachöffentlichkeit. Ist es doch eines der raren populationsgestützten Projekte, seine Finanzierung erfolgt durch ein Capitation-Modell, was bedeutet: Es gibt einen Topf, aus dem die gesamte IV-Versorgung bezahlt wird – die erzielten Einsparungen werden teilweise an die Ärzte weitergegeben. Nur wenige haben Integrierte Versorgung so radikal gedacht und konsequent umgesetzt wie Hildebrandt.

Freie Wahl der ärztlichen Vertrauensperson

Eine erste Auswertung des Projekts zeigt, dass sich bereits nach kurzer Zeit medizinische und wirtschaftliche

Erfolge einstellen. Das Besondere an der Versorgung im Schwarzwald ist, dass nicht wie in der sektoralen Versorgung ein einzelnes Krankheitsbild, sondern der Patient mit allen seinen gesundheitlichen Problemen im Fokus steht. Er wird in einem therapeutischen Bündnis aus Haus- und Fachärzten sowie weiteren Leistungserbringern betreut. Wichtig dabei: Die ärztliche Vertrauensperson sucht sich der Patient selbst aus. Damit wird IV-Gegnern, die behaupten, IV-Versorgung bedeute Verzicht auf freie Arztwahl, der Wind aus den Segeln genommen. In einer ausführlichen Eingangsuntersuchung fließen Präventionspotenziale und Krankheitsrisiken des Patienten in eine Prognose über seinen Gesundheitszustand ein. Gemeinsam werden dann mit ihm Zielvereinbarungen zum Beispiel hinsichtlich einer Gewichtsreduktion, Ernährungsumstellung, Raucherentwöhnung oder mehr Bewegung entwickelt. Der Patient wird motiviert, sein Gesundheitspotenzial optimal auszuschöpfen. Zunehmend würden sich aber auch jüngere Versicherte einschreiben, unter anderem, um Vergünstigungen in Sportvereinen zu nutzen, so Hildebrandt. Derzeit sind 6.300 Versicherte aus der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) eingeschrieben, im Oktober waren es noch knapp 6.000, Ende 2007 nur 1.900.

3,6 Millionen Euro steckte die AOK Baden-Württemberg bis Mitte 2007 als Anschubfinanzierung in die GmbH, deren Gesellschafter das Ärztenetz MQNK (Medizinisches Qualitätsnetz – Ärzteinitiative Kinzigtal e.V.) und die auf Integrierte Versorgung spezialisierte Opti Medis AG sind. Mit dem Geld wurden unter anderem die Managementstrukturen errichtet, Gesundheitsprogramme und leitlinienorientierte Behandlungspfade entwickelt sowie Ärzte und Praxismitarbeiter geschult. Dass der Erfolg so schnell kommen würde, damit hat kaum jemand gerechnet. „Eigentlich hatten wir 2007 und 2008 noch als Dürrejahre erwartet“, so Hildebrandt. Nach Angaben der AOK Baden-Württemberg wurden die Ausgaben jedoch schon im zweiten Halbjahr 2007 um rund 3,4 Prozent gegenüber den Normkosten im Risikostrukturausgleich gesenkt. Das bedeutete für das Jahr 2007 Einsparungen in Höhe von 930.535 Euro, die vor allem aus geringeren Arzneimittel- und Krankenhausausgaben resultieren.

Kinzigtal rechnet sich

Die Hälfte der Einsparungen fließt dabei zurück in das Kinzigtal. Die Höhe des Gewinns seit 2007 will Geschäftsführer Hildebrandt allerdings nicht preisgeben. Er verweist auf Geheimhaltung und darauf, dass die

endgültige Bilanz für 2008 voraussichtlich erst 2010 vorliegt. Grund hierfür sind die zeitlich normierten Lieferungszeitpunkte für die Daten aus dem Risikostrukturausgleich, die den Berechnungen zugrunde liegen. Er erklärt jedoch, dass jährlich rund zwei Millionen Euro für die Infrastruktur und die Versorgungsmanagementhonorare der 50 kooperierenden Ärzte und Psychotherapeuten zur Verfügung stehen. Ein Hausarzt erhält dadurch zum Beispiel in der Spitze zwischen 18.000 und 25.000 Euro pro Jahr zusätzlich zur Abrechnung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab.

Es gibt noch ein weiteres Merkmal, durch das sich das Kinzigtal-Projekt von vielen anderen IV-Verträgen unterscheidet. Es wird kontinuierlich evaluiert. Koordiniert wird die Begleitforschung an der Universität Freiburg. Die Kosten für die Vertragspartner belaufen sich dafür auf mehr als eine Million Euro. Eines der Kinzigtal-Programme, die „Aktive Gesundheitsförderung im Alter – Agil“, bestätigt Effekte am Patienten. So wirken sich eine halbtägige Intensivschulung der Patienten sowie eine anschließende individuelle Beratung über den Krankheitsverlauf, eine Behinderung und zur Pflegebedürftigkeit im Alter offenbar positiv aus. Zum Beispiel wurden nur 0,4 Prozent der Agil-Teilnehmer zwi-

schen dem 3. Quartal 2006 und dem 2. Quartal 2008 pflegebedürftig. In der Vergleichsgruppe waren es fast 3,5 Prozent. Auch die Sterberate ist bei den Agil-Teilnehmern den Ergebnissen zufolge geringer: Während von ihnen im Beobachtungszeitraum niemand verstarb, gab es in der Vergleichsgruppe zwei Prozent Todesfälle. Diese Ergebnisse sind vor allem deshalb erstaunlich, weil die Agil-Patienten gegenüber der Vergleichsgruppe kränker waren.

Hohe Evidenz für Programme bei Alten und Multimorbiden

„Das System Gesundes Kinzigtal könnte durchaus Vorbildcharakter für viele ähnliche Regionen in Deutschland erlangen“, sagt Hildebrandt. Weitere Projekte sind deshalb auch schon in Vorbereitung. Für die Region Hannover und im Odenwald wurden dafür bereits Managementgesellschaften mit Ärzten gegründet – die Gesunder Odenwald GmbH und die Gesundes Leinetal GmbH.

Erst einmal hat jedoch mit dem Auslaufen der Anschubfinanzierung Ende 2008 eine große Marktberreinigung stattgefunden – die nach Ansicht vieler Experten auch dringend notwendig war. Der Bundesgeschäftsstelle für Qualitätssicherung (BQS), die für die Registrierung für IV-Verträge nach Paragraph 140 d Fünftes Sozialgesetzbuch

zuständig war, lagen Ende 2008 bundesweit 6.407 Meldungen zu Integrationsverträgen vor. Entstanden sind 2004 nach der Einführung der Integrierten Versorgung durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz zahlreiche Projekte, vor allem kleinere, die ihren Nutzen nicht belegen konnten. Wieviele IV-Verträge heute weitergeführt werden, darüber gibt es keine verlässlichen Daten, da die BQS die Statistik jetzt nicht mehr führen muss. In Expertenkreisen wird jedoch geschätzt, dass von den einst über 6.000 IV-Verträgen 20 bis 30 Prozent überlebt haben.

Zwei Prozent der GKV-Finanzierung für Integrierte Versorgung

Dennoch, Zweifel an der Notwendigkeit der Integrierten Versorgung gibt es weder bei innovativen Krankenkassen noch bei den an IV-Projekten teilnehmenden Ärzten. Eine Anschubfinanzierung in der realisierten Form wird allerdings von allen einmütig kritisch beurteilt, da sie nicht mit dem Nachweis eines Nutzens verbunden und somit viel Geld ziellos verplempert wurde. Der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbands Managed Care (BMC), Wolfgang Amelung, warnt aber auch: „Wir können nicht mehr warten, wir brauchen jetzt Schwung im System.“ Amelung geht bei IV-Projekten von mindestens siebenstelligen Investitionssummen aus. „Man muss über Strukturen nachdenken, die diese Investitionen ermöglichen, allerdings bei deutlich höheren Anforderungen an die Antragsteller, was die Evaluation betrifft“, so der BMC-Chef. Deshalb hat sich der Verband auch Vorstellungen gemacht, wie die neue Anschubfinanzierung aussehen sollte. Die Idee des BMC ist eine „angemessene, zeitlich begrenzte Anschub- oder Überbrückungsfinanzierung“. Das Geld soll mittels eines Innovationsfonds zur Verfügung gestellt werden, der sich aus zwei Prozent der Mittel aus dem Gesundheitsfonds speist. Das wären rund vier Milliarden Euro. Die Entscheidung über die Gewährung der Zuschüsse

Anforderungen an Integrierte Versorgungsprojekte der 2. Generation

- Managementstrukturen
- Businessplan
- Unterjährige Einsparungen bei gleichzeitiger Verbesserung der Versorgung
- Klar definierte Ziele
- Professionelles Einschreibemanagement
- Vertrags- und Medizincontrolling
- Integriertes Arzneimittelmanagement
- IT-Informations- und Kommunikationssysteme
- Wahrnehmbare Anreize für Patienten

Quelle: Susanne Eble, Berlin Chemie AG



Helmut Hildebrandt: Plant schon die nächsten zwei Regionen zur Einrichtung Integrierter Versorgungsmodelle.



Rainer Riedel: Spricht sich gegen Fördertöpfe aus – der Nutzen muss schon im Businessplan erkennbar sein.

könnte von einem Stiftungsgremium getroffen werden, dem Mitglieder angehören, die nicht oder nicht mehr gesundheitspolitisch aktiv sind. Antragsteller könnten auch Institutionen, Apotheken oder Drogeriemarktketten sein. Entscheidend ist „eine Superidee, um klassische Versorgungsgrenzen aufzubrechen“. Erweist sich ein Projekt als nicht gut, ist das Geld nicht zurückzuzahlen; ist es gut, fließen die finanziellen Hilfen zurück.

In Richtung höhere Anforderungen gehen auch die Überlegungen von Rainer Riedel, Professor an der Rheinischen Fachhochschule Köln. Eine Chance zum Ausprobieren allerdings befürwortet der Medizinökonom nicht. Für ihn müssen Projekte bereits im Vorfeld einen potenziellen Nutzen für die Patienten belegen. Bereits im Businessplan sollte medizinökonomisch nachgewiesen werden, dass die gewünschten Therapieoptimierungen bei maximal gleichbleibenden Gesamtaufwendungen zu erbringen sind. Der Evaluationsfachmann erklärt, dass im Businessplan ein standardisierter Behandlungspfad – modular aufgebaut vom Hausarzt bis zur Klinik, gegebenenfalls mit Rehakomponenten – verankert sein sollte. Das Ganze ist zu unterlegen durch standardisierte Leistungskomponenten wie durch eine empfohlene Arzneimittelpositivliste, die zwischen behandelnden Ärzten und Kostenträgern abgestimmt wur-

de. Weiterhin sind eine Aufwandskalkulation und eine Erlösberechnung unter Betrachtung der Kompensationsfelder vorzulegen. „Medizinökonomisch muss sich solch ein Projekt in drei Jahren rechnen, idealerweise in 18 Monaten“, so Riedel. Als gutes Beispiel hebt er das interdisziplinäre Netzwerk Diabetischer Fuß Köln und Umgebung e.V. hervor, an dem 14 Krankenkassen beteiligt sind. Hier sei es gelungen, die Amputationsrate gegen null zu senken. Zwar seien die Einstiegskosten höher, aber durch vermiedene Amputationen und Krankenhausaufenthalte sei das Projekt letztendlich kostengünstiger. „Das sind die Projekte, die wir brauchen. Wir müssen Integrierte Versorgung mit Sekundärprävention verbinden“, so Riedel.

Als größtes Manko der bisherigen Anschubfinanzierung bezeichnete auch der Medizinökonom, dass die Projekte in der Vergangenheit nicht evaluiert werden mussten. Denn so habe sich nicht herausfinden lassen, welche Projekte gut waren und sich zudem für die Verbreitung in der Fläche eigneten. „Wir müssen Wissen teilen, es muss nicht jeder neu Projekte entwickeln“, so Riedel. Er ist sich sicher: Wenn nachweislich gute Konzepte vorliegen und Kollegen diese anderswo übernehmen wollen, dann sind Krankenkassen auch bereit, vernetzte Verträge zu fördern.

Cornelia Kolbeck



Glaubwürdig und 100-fach bewährt ...

AMOR® und MUSE®

- Materialwirtschaft
 - Stationslogistik
 - Arzneimittelversorgung
- für die Klinik

aus einer Hand!



Telefon 04171/696-100
info@aescudata.de
www.aescudata.de

AESCU : **DATA**