

Thesenpapier:

Integrierte Versorgung: die sechs größten Missverständnisse

Hamburg. November 2011. Die OptiMedis AG verfolgt interessiert die Gesundheitsreformen in den USA mit ihrem Konzept der „Accountable Care Organisations“. Diese sektorübergreifenden regionalen Gesundheitsnetze gehen ein Vertragsverhältnis mit den staatlichen Versicherungen Medicare und Medicaid ein, das „shared savings“ genannt wird und dem Einsparcontracting im Kinzigital sehr ähnlich ist.

Die große Mehrheit der Gesundheitsexperten in den USA – traditionell eher auf der Seite der Demokraten stehend – setzt große Erwartungen in die bessere Koordination und Integration der Gesundheitsversorgung durch „Accountable Care Organisations“ und die dadurch erzielbaren besseren Ergebnisse und verminderten Kosten. Gerade aus den Reihen der stärksten Befürworter kommen aber auch kritische Stimmen und Warnhinweise, dass derartige Entwicklungen komplexe Anforderungen stellen, die nicht unterschätzt werden sollten. In einem Kommentar für das *Journal of the American Medical Association (JAMA)* warnen Sara J Singer, Professorin am Department of Health Policy and Management, Harvard School of Public Health, sowie Stephen Shortell, Dean der School of Public Health an der University of California, Berkeley, vor den häufigsten Missverständnissen und Fehlern, die Organisationen auf dem Weg zu einer ACO unterlaufen können¹.

Inspiziert durch die Aufstellung von Sara Singer, mit der wir schon vor Jahren in einem internationalen Projekt zum Gesundheitssystemeffizienzvergleich zusammengearbeitet haben, und angeregt durch die Fragen von Gesundheitspolitikern, welche Hindernisse sich der intensiveren Umsetzung von Integrierter Versorgung entgegen stellen, haben wir hier unsere eigene Liste der sechs größten Missverständnisse und Fehler entwickelt, die Krankenkassen und Ärztenetzen bzw. Krankenhäusern bei der Einführung von Integrierter Versorgung mit einem „shared savings Ansatz“ unterlaufen können.

¹ Singer S, Shortell S: Implementing Accountable Care Organizations: Ten Potential Mistakes and How to Learn From Them. *JAMA*. 2011;306(7):758-759. Published online August 9, 2011

Die sechs größten Missverständnisse:

1. Integrierte und effiziente Versorgung ist einfach – die „quick wins“ liegen auf der Straße

Krankheits- und Kostenrisiken über die Sektoren hinweg und quer über die Indikationen so zu managen, dass wirkliche Optimierungen entstehen, die dann auch tatsächlich zu Einsparungen führen, ist möglich. Dies erfordert aber erhebliche Aufwände. Wenn dies einfach nur eine Willensentscheidung wäre, dann wäre es tatsächlich einfach. De facto ist Integrierte Versorgung aber ein Bruch mit der gesamten Orientierung, den ökonomischen Anreizen, den verinnerlichten Konventionen und den Abläufen unseres komplexen und verschachtelten Gesundheitssystems und aller darin praktizierenden Individuen und Institutionen. Um diese Umorientierung und die damit verbundene Organisationskultur (a) zu erreichen und (b) gegen die Konventionen stetig aufrechtzuerhalten und weiterzuentwickeln, braucht es einer stetigen Energiequelle und Organisationsentwicklung. Eine solche Organisation benötigt kompetente und zielbewusste Mitarbeiter, die wiederum Sicherheit und Nachhaltigkeit benötigen.

Zu häufig wird nur auf kurzfristige Lösungen innerhalb der Sektoren geschaut, ein paar weniger AU-Schreibungen hier, eine Heilmittel-Verordnung da, zwei Generika statt des Originals dort. Aber die Kosten-Nutzen-Effekte der sog. „quick wins“ sind schnell erschöpft und angesichts des Risikos, dass die Versicherten dies als Leistungsverweigerung seitens des Arztes und der Kasse interpretieren, und des hohen Aufwands für alle Beteiligten auch fraglich. Unsere feste Überzeugung: Die wahren Effekte entstehen erst aus mittel- und langfristigen realen Optimierungen, einem intensiven Datenmanagement und stetiger Weiterentwicklung der Abläufe, Leitlinien und der Kultur des Umgangs mit den Patienten. Insofern sind wir in Deutschland (aber auch in vielen Modellen in den USA) immer noch bei einer Integrierten Versorgung Version 1.0 und die Investitionen in die Version 2.0 sind eher spärlich.

2. Die Ärzte steuern, die Patienten braucht man nur zur Einschreibung

Es ist schon etwas erstaunlich: Einerseits ist in der breiten Öffentlichkeit angekommen, dass die Patienten heute als Subjekte ernst genommen werden müssen, dass diese mittels „Partizipativer Entscheidungsfindung“ in die Suche nach der für sie optimalen Therapie einbezogen werden müssen. Ja, man spricht sogar nicht mehr von Compliance als der Befolgung ärztlicher Ratschläge, sondern von Adhärenz als dem Ausmaß, in dem das Verhalten einer Person mit den ärztlichen Empfehlungen übereinstimmt. Einige Krankenkassen sind da ganz engagiert und kritisieren gern die Ärzteschaft, die da manchmal noch nicht ganz so modern ist und die Oma Meier vor Augen hat, die davon

gar nichts hält.

Aber die gleichen Krankenkassen, die eben noch das hohe Lied der Patientensouveränität gesungen haben, entwickeln ebenfalls ausgeprägte Steuerungsphantasien, wie die Ärzte oder die Integrierte Versorgung (oder auch eigene Mitarbeiter der Kassen oder externe Dienstleister) möglichst sozialverträglich und geschickt die Patienten in die Richtung Kostensenkung steuern sollten.

Trotz aller Versuchung wäre es stattdessen richtig, keinen Druck auf den Versicherten auszuüben, dem er sich nur entziehen würde, sondern ihn von einer Änderung zu begeistern und zu überzeugen. In der Gesundheitserziehung, den wissenschaftlichen Auseinandersetzungen um Gesundheitsförderung und public health ist das ein ganz lange schon bestehender Konsens. Druck erzeugt im persönlichen Gesundheitsverhalten nur Ausweichverhalten bzw. Pseudo-Erfolge, da der Patient nur scheinbar dem Rat folgt. In Wirklichkeit aber sofort, wenn er außerhalb des Einflusses des Arztes oder anderen Ratgebenden ist, in sein tradiertes Verhalten zurückfällt. Wir wollen ja aber erreichen, dass der Patient "zu sich selber findet", seinen eigenen Weg mit seinem Gewicht, seinem Ernährungs- und Bewegungsverhalten findet. Ein Slogan der Gesundheitsförderung der Weltgesundheitsorganisation lautet z. B.: "Make the healthier choice the easier choice". D.h., wir als diejenigen, die mehr Gesundheit erreichen wollen, müssen es den Betroffenen leichter machen.

Übrigens: In den USA wurde häufig versucht, Patienten durch Beitragsnachlässe zur Einschreibung in Integrationslösungen zu bringen. Die Erfahrung zeigte, dass dies meist nur für kurze Zeit funktionierte. Nämlich solange, wie die Versicherten keine Leistungen in Anspruch nehmen mussten. Sobald komplexere Leistungsbedarfe auftraten, entwickelten sich Wechseltendenzen zu anderen Tarifen. Verständlich, oder?

Unser Verständnis geht dahin, dass auch die Einschreibung eines Versicherten nur ein Mittel zum Zweck ist. Der Zweck ist die Optimierung der Gesundheitserhaltung und -versorgung durch die Integrierte Versorgung und damit die Produktion von Deckungsbeitragsverbesserung. Ob wir dazu die Versicherten bei einem unserer Leistungspartner "einschreiben" und sie darüber dann besser führen oder ob wir das auf andere Weise erreichen, z. B. durch direkte Unterstützung der Versicherten, durch Kampagnen zu mehr Bewegung und besserer Ernährung, durch gutes Coaching, durch Optimierung des Settings, in dem die Versicherten eingebunden sind (ob Schule, Verein, Pflegeheim, Betrieb) erreichen, ist dann nur das Mittel zum Zweck. Und primär versuchen wir dies über die "Einschreibung", aber wenn das – aus welchen Gründen auch immer – von dem Versicherten nicht präferiert wird, dann versuchen wir es über einen zweiten, dritten oder vierten Weg. Es hilft uns nicht, wenn wir einen Patienten quasi zur Einschreibung nötigen.

Wir müssen ihn überzeugen, dass dies die für ihn bessere Wahl ist. Und wenn er sich aktuell nicht überzeugen lässt, da er irgendeine falsche Information aus dem TV hat, ein Nachbar etwas aufgeschnappt hat, was gar nicht stimmt, oder er einfach generell extrem misstrauisch ist ... naja, dann müssen wir halt noch etwas warten und beständig weiter unsere Sache vorantreiben.

Übrigens: Auch die Einschreibung garantiert keinen Erfolg. Sie ist nur der erste Schritt. So muss die Art des Arzt-Patienten-Kontaktes durch den „Arzt des Vertrauens“, wie wir ihn nennen, beständig weiter entwickelt werden und braucht die Ergänzung durch die Einwirkung auf die Lebensumgebung des Patienten in Beruf, Freizeit und Familie.

3. Sobald die richtige technische Lösung für eine elektronische Vernetzung mit einer netzübergreifenden zentralen Patientenakte vorhanden ist, hat man es geschafft

So kompliziert und aufwändig auch die Technik, der Datenschutz und die Einpassung in die Praxis-EDV sind, die wahre Herausforderung steht noch bevor: Wenn die technische Infrastruktur steht – und diese ist finanziell und personell schon eine Investition, die leicht in die mittlere sechsstellige Größenordnung gehen kann – folgt die kulturelle Herausforderung. Die Ärzte machen sich mit der Veröffentlichung ihrer Daten den anderen Ärzten gegenüber in ihren Kompetenzen und ihren Schwächen sichtbar. Haben sie auch wirklich die Problematik X gegengecheckt, wie es die Leitlinie eigentlich erfordert, oder sind sie darüber hinweggegangen. Haben Sie Arzneimittelinteraktionen geprüft oder hatten sie dieses vergessen. Verordnen Sie auf dem Stand der Leitlinie oder haben sie noch ein veraltetes Regime im Kopf. Zusätzlich müssen die ganzen Ablaufroutinen für diejenigen Ärzte und Patienten, die den Zugang zur netzübergreifenden zentralen Patientenakte haben, in jeder einzelnen Praxis geändert werden. Und damit nicht genug: Wenn die Ziele und die Zielvereinbarungen mit den Patienten ebenfalls hinterlegt sind, dann könnten Diskussionsbedarfe entstehen, z. B. könnte der zweite Kollege zu der Ansicht kommen, dass das Ziel aus seiner Sicht korrigiert werden müsste. Ruft er jetzt an? Informiert er den Kollegen? Die nächsten großen Baustellen auf dem Weg zur wirklichen Optimierung der Versorgung werden erkennbar.

4. Qualität und Effizienz lassen sich einfach nachweisen

„Misstrauere jeder einfachen Qualitätsbehauptung“ – so lautet der leider richtige Ratschlag im Umgang mit Nachweisen zur Verbesserung bestimmter Kennzahlen. Auch wenn dies mitunter denjenigen, die intensiv an der Verbesserung gerungen haben, nicht gerecht wird. Die Bestimmung von Qualität und Effizienz im Gesundheitswesen ist besonders aufwändig und fehleranfällig. So können Fehler und falsche Erfolge entstehen durch die

falschen Ein- und Ausschlüsse von Patienten, durch fehlerhafte Vergleichspopulationen, durch die gezielte Nutzung von Einstiegsjahren, durch Selektionen, durch prozentuale Angaben ohne gleichzeitige Angabe der Stichprobengröße, durch bewusste oder unbewusste Codierungsfehler u.v.m. Es gibt noch viel zu wenige wirklich fundierte Evaluationsstudien, die sich dieser Problematik stellen. Nicht nur die Kosten der Evaluation, sondern auch die Kosten der Datenextraktion und –erfassung sowie der Zeitaufwand und die Verzögerungszeit zwischen Intervention, dem Vorliegen sein der Daten und deren Analyse gilt es dabei in Betracht zu ziehen. Die Obama-Administration hatte 65 verpflichtende Qualitätsindikatoren für den Start der Accountable Care Organisationen vorgesehen und dabei die Komplexität der sauberen Definition, Erhebung und Dokumentation sowie deren Einordnung und Bewertung für je unterschiedliche Populationen mit unterschiedlichen soziodemographischen Hintergründen unterschätzt. Übrigens: Eine gute Web-Adresse von deutschen Journalisten und Epidemiologen für die Überprüfung und Selbstkorrektur vor der Veröffentlichung zu einfacher Behauptungen lautet www.medien-doktor.de.

5. Das Management ist klassische Betriebswirtschaft und erfordert keine besonderen Fähigkeiten.

Ärzte sowie Krankenkassen neigen zu der Annahme, dass ein Netzmanagement eigentlich eine betriebswirtschaftliche Aufgabe sei. Diese könne bewältigen, wer kaufmännisches Wissen und Erfahrung oder eine gewisse Erfahrung im Managen von Praxen hat. Hier ist klarer Widerspruch gefordert: Die Integration und Optimierung von Gesundheitsversorgung erfordert unserem Verständnis nach zu allererst ein umfangreiches gesundheitswissenschaftliches Verständnis und dann zusätzlich noch ein Verständnis der betriebswirtschaftlichen Mechanismen und Regulationen der unterschiedlichen Sektoren des Gesundheitswesens inkl. der Krankenkassen. Ferner ist ein Verständnis der Führungsanforderungen von Netzwerken und Joint Ventures sowie der vertraglichen, allgemein rechtlichen wie speziell steuerrechtlichen und Datenschutzerfordernisse erforderlich. Die Grundlage hierfür ist ein systemisches Verständnis und das oben schon beschriebene gesundheitswissenschaftliche Wissen um Gesundheitsförderung und publiziert.

6. Investitionen sind – bis auf eine geringe Anschubfinanzierung - nicht erforderlich.

Möglicherweise wird aufgrund der nicht ganz so großen Bedeutung von neuer Technik (sieht man mal von der elektronischen Vernetzung ab) der Investitionsbedarf für eine Regionale Integrierte Versorgung leicht unterschätzt. Verhaltensveränderungen – so die

schnell getroffene Annahme – bedürften keines Aufwands, dazu müsste man sich „ja nur entscheiden“. Evtl. so das Zugeständnis dann noch, müsste man dann noch die Anreize etwas verändern, z. B. die Ärzte aus dem ggf. erwirtschafteten Erfolg einen Bonus zahlen. Schon sollte alles funktionieren. Ein grandioser Irrtum. Eigentlich kann jeder diesen Irrtum schnell nachvollziehen, wenn er nur an eine klassische Organisation denkt: Auch hier käme niemand auf den Gedanken, dass es nur einen „Ruck“ in der Belegschaft brauche und dann würden die klassischen Verhaltensweisen zur Seite gelegt. Stattdessen werden z. B. in Krankenkassen ganze Planungsstäbe mit vielen Meetings und hohem Personalbedarf eingesetzt, teure Unternehmensberatungen für Gutachten geholt, viel Geld für intensives Change Management ausgegeben, um Organisations- und Verhaltensänderungen zu erreichen. Wie viel schwerer wird es dann sein, ein virtuelles Unternehmen mit jeweils selbständigen Praxen, unterschiedlich großen Organisationen, u.a. Kliniken, zu führen und laufend zu verändern. Zumal dann, wenn die Veränderung nur für den Anteil von Patienten, die Mitglieder bei den Vertragskrankenkassen sind, gilt, während ansonsten die klassischen Strukturen und Regulationen weitergelten?

Zehn Jahre Integrierte Versorgungsverträge in Deutschland belegen, dass Projekte ohne solide Infrastruktur und damit ohne ausreichendes Investment in kurzer Zeit wieder eingegangen sind bzw. mangels Einschreibungen und mangels nachweisbaren Erfolgs aufgelöst werden mussten. Integrierte Versorgungsverträge im Krankenhausbereich konnten meist gehalten werden - da wurden dann oft Case Manager/Organisatoren aus anderen Bereichen des Krankenhauses und z.T. auch aus dem „normalen Krankenhausgeschäft“ eingesetzt. Gerade aber in dem besonders zukunftssträchtigen Bereich der populationsbezogenen Verträge mit Arztnetzen fehlte oft eine Organisationsinstanz und damit eine Stelle, die für die Nachhaltigkeit, die ständig erneuerte Motivierung und die Weiterentwicklung sorgte. Eine Geschäftsstelle mit einem oder zwei Mitarbeitern ist dafür nicht ausreichend, dazu sind die Beharrungskräfte zu groß. Der immer vorhandene Widerstand gegen Veränderungen ist nur mit einem größeren Invest zu überwinden. Dafür können dann aber auch – und im Kinzigital sehen wir das an den neuen Ergebniskalkulationen für 2009 und 2010 – massive Effizienzsteigerungen und medizinische wie wirtschaftliche Ergebnisse erzielt werden.

Autor: Helmut Hildebrandt ist Vorstand der OptiMedis AG, Geschäftsführer der Gesundes Kinzigital GmbH und Vorstandsmitglied des Bundesverbandes Managed Care BMC.

Diskutieren Sie die Thesen gerne mit uns: www.optimedis.de/forum

Über die OptiMedis AG:

Die OptiMedis AG ist eine Management- und Beteiligungsgesellschaft, die sich auf den Aufbau und den Betrieb innovativer medizinischer Versorgungssysteme spezialisiert hat. Gemeinsam mit Leistungsanbietern und Krankenkassen entwickelt sie maßgeschneiderte Lösungen für die Integrierte (Voll-)Versorgung ganzer Populationen und setzt dabei auf enge Vernetzung, Prävention und erfolgsabhängige Vergütung. Zusätzlich betreibt OptiMedis datengestützte Real-Life-Versorgungsforschung und macht sie für Integrierte Versorgungsmodelle nutzbar.

Weitere Informationen unter www.optimedis.de.

Kontakt

OptiMedis AG

Borsteler Chaussee 53

22453 Hamburg

Telefon: 040 / 22 62 11 49 - 0

Fax: 040 / 22 62 11 49 - 14

E-Mail: office@optimedis.de

Anhang – Auszug der Thesen von Singer & Shortell aus einem Blog von Margaret Dick Tocknell for HealthLeaders Media, August 17, 2011 - 10 ACO Blunders You Can Avoid.

1. Overestimating the ability to manage risk.

Shortell said this is especially true when rewards are at stake. The problem is that physicians and hospitals manage different types of risk. Physicians manage risk in ambulatory care settings while hospitals manage risk on inpatient care settings. The Medicare shared savings program requires the ACO to manage risk across the care continuum. That means hospitals and physicians must each give up some control and merge their risk-taking capabilities. That's not a step that comes naturally.

2. Overestimating the ability to use EHR.

The financial support of CMS definitely eases the pain but Shortell said the implementation of EHR can be very disruptive to a physician practice with the negative impact stretching out for six months to a year. He cautioned that a successful EHR launch requires the ongoing staff support of physician or nurse, software upgrades, and regular staff training. What's at stake is the ability to report on the cost and quality metrics required for shared savings success.

3. Overestimating the ability to report performance measures.

Even with EHRs it will be a challenge to collect, analyze, and report the 65 performance data measures that may be required of ACOs.

4. Overestimating the ability to implement standardized care management protocols.

The goal of disease protocols is to eliminate anything in the care delivery process that doesn't add value. For protocols to work, clinicians must be involved in their development, data must exist to assess the protocols, and the protocols must be able to be tailored to individual patients. Everyone in the ACO needs to use the protocols, which should be adjusted over time as more information becomes available. This process needs to be managed by someone and not just left to chance.

5. Failure to balance the interests of hospitals and physicians.

The jury is still out on whether new incentives like shared savings will mitigate or exacerbate the strain that usually exists between hospitals and physicians.

6. Failure to engage patients in care management.

Patients need to be a key part of the care team and educated to take responsibility for their health and healthcare. Unfortunately that's not a skill that seems to come naturally to either hospitals or physicians.

7. Failure to have contractual relationships with cost-effective specialists.

Specialists and patients will not be limited to a single ACO so referral relationships will be very important in terms of overall ACO performance. Shortell said PCPs may need to reexamine their

entrenched relationships with high-cost specialists that don't produce the quality improvement measures necessary for a successful ACO.

8. Failure to navigate the new regulatory and legal environment.

Compliance with new regulatory requirements will require new levels of transparency and cooperation among hospitals, physician organizations, and payers. Lawyers need to be involved.

9. Failure to integrate beyond the structural level.

Structural and contractual relationships may be in place on paper to provide more coordinated care, but if behavior doesn't change, then the structure is meaningless. Improvement will require engaging all of the healthcare professionals along the care continuum in the process.

10. Failure to recognize that everything is interrelated.

It's almost a domino effect. Overestimating the ability to manage risk will be exacerbated by the failure to implement EHRs, which will limit the ability to develop and report performance measures. That could make it more difficult to balance the interests among hospitals and physicians, which could lead to a failure to engage patients and a difficulty in developing contractual relationships with cost-effective specialists. And so on and so on.

That could mean your ACO would fail to reduce preventable hospital readmissions, eliminate admissions for asthma and diabetes, reduce inappropriate emergency department use, or improve the overall patient experience of care. And that could mean no shared savings.