

Integrierte Versorgung für ein Mehr an Patientenorientierung

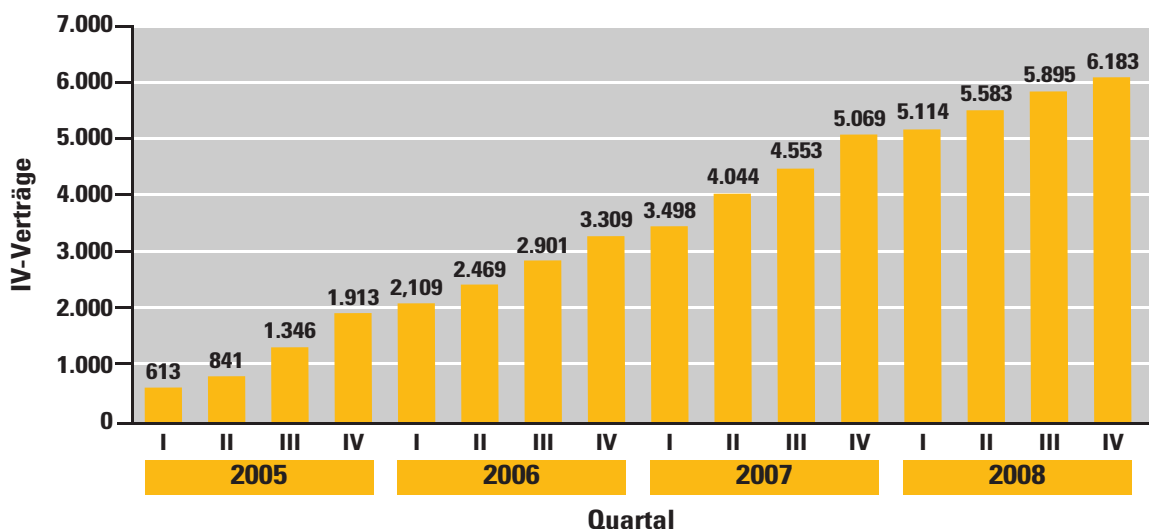
Durch Innovation und Wettbewerb das Gesundheitssystem stärken



Das deutsche Gesundheitssystem gehört zwar zu den leistungsstärksten weltweit. Hohe Kosten für die Kassen, steigende Beiträge für die Versicherten und eine weit verbreitete Unzufriedenheit bei den Leistungserbringern führen aber zu einem hohen Reformdruck. **Sektorenübergreifende und interdisziplinäre Versorgung können diese Systemmängel beseitigen helfen. Integrierte Versorgung ist der Schlüssel für ein am Gesundheitsnutzen der Patienten orientiertes und zugleich wirtschaftliches Gesundheitssystem, das Leistungserbringer nicht zum Reparaturbetrieb degradiert, sondern Prävention und Gesundheit honorieren will. Dieser Beitrag gibt eine Übersicht über die Integrierte Versorgung nach §140 a-d SGB V und benennt wesentliche Bedingungen für deren erfolgreiche Umsetzung.**

Was sich hinter der „Marke“ Integrierte Versorgung (kurz: IV) verbirgt, ist vielfältig. Der Gesetzgeber hat zwar das Ziel definiert, eine flächendeckende, patientenorientierte sektorenübergreifende oder interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung zu ermöglichen, die konkrete Vertragsausgestaltung hinsichtlich Inhalt, Qualität und Vergütung aber den Vertragsparteien überlassen. Die IV ist in Deutschland deshalb durch verschiedenste Formen und Ausprägungen gekennzeichnet: In der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um indikationsspezifische Verträge zur Versorgung einzelner Indikationen eines Sektors, zum Teil mit wenigen Hundert Versicherten. Daneben gibt es die Variante der regionalen integrierten Vollversorgungssysteme, die den Gesundheitsnutzen einer lokalen Bevölkerung zum Ziel hat und mehrere

Abb. 1: Anstieg IV-Verträge 2005-2008



Quelle: BQS 2009

Zehntausend Versicherte umfassen kann. Da IV-Verträge nicht dem Kontrahierungszwang unterliegen, sondern alle Vertragspartner freiwillig teilnehmen, ergibt sich ein besonderer Anreiz, IV-Programme an den Bedürfnissen aller Beteiligten, u.a. der Versicherten, auszurichten. Entsprechend stehen Selektivverträge wie die der IV zum Kollektivvertrag in einem positiven Wettbewerb um Lösungen und Effizienz.

■ Die IV als ein Baustein für die zukünftige Versorgung

In einem Versorgungswettbewerb spricht eine Vielzahl von Gründen für die IV, da diese die Antwort auf mehrere zentrale Herausforderungen im Gesundheitssystem liefern kann:

- Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (SVRG) hatte bereits 2002 die parallele Existenz von Über-, Unter- und Fehlversorgung festgestellt. Durch eine bedarfsgerechte integrierte Versorgung ließen sich gewaltige Effizienzpotenziale im Gesundheitssystem heben, indem Versorgungsbrüche an den Schnittstellen zwischen den Sektoren vermieden, sinnvolle Verzahnungen von Behandlungsphasen und -formen etabliert, die Strukturen und Anreize u.a. für die Leistungsbringer verändert, die Verantwortlichkeiten und Arbeitsstile der professionellen Akteure neu justiert und eine am Patienten orientierte Versorgung begründet werden (SVRG, 2002).

- Die Unterversorgung in ländlichen Gebieten erfordert neue Organisations- und Versorgungsformen: Primär handelt sich um den Einsatz neuer Technologien wie Telemedizin, neue Konzepte zur Aufgabenteilung in Form arztunterstützender Versorgungskonzepte und die Ausweitung stationärer Strukturen auf ambulante Leistungen.
- Demografische Veränderungen führen zu veränderten Herausforderungen an die Leistungserbringer (Schlette et al. 2005). Ist heute noch ein Drittel der Bevölkerung über 65 Jahre alt, werden es zukünftig zwei Drittel sein. Das Gesundheitssystem muss sich auf die Zunahme von Alterskrankheiten wie Demenz und zunehmende Multimorbidität einstellen. Prognostiziert wird ein Anstieg des Anteils chronischer Erkrankungen von gegenwärtig 46 Prozent aller Erkrankungen auf 60 Prozent bis 2020 (Gensichen et al. 2006). Chronische Erkrankungen in Kombination mit Multimorbidität stellen die zentrale Herausforderung dar, denen fragmentierte Strukturen nicht gerecht werden können.
- Die Bedürfnisse der Leistungserbringer verändern sich, u.a. durch die Feminisierung der Medizin. Heute sind 70 Prozent der Medizinstudenten weiblich. Daher ist eine Nachfrage nach neuen Arbeitsformen wie flexiblere Arbeitsmodelle oder Teilzeitarbeit zu erwarten. Außerdem tendieren Medizinerinnen stärker zu kooperativen Arbeitsformen als ihre männlichen Kollegen.

- Wenn es einen Wettbewerb um die Versicherten geben soll, benötigen die Kassen unter dem Gesundheitsfonds neue Handlungsfelder, mit denen sie sich gegenüber den Mitbewerbern differenzieren können. Dazu ist es notwendig, dass sie Verträge schließen, die es ihnen erlauben, ihren Mitgliedern einen Zusatznutzen zu bieten oder auf Zusatzbeiträge zu verzichten.
- Die IV trägt zur Modernisierung des Kollektivvertrages bei. Der Nutzen liegt darin, dass sich das Kollektivvertragssystem aufgrund der Bedrohung durch die IV modernisieren muss, will es nicht an Legitimation verlieren. Je besser IV-Verträge funktionieren, desto größer wird der Druck für den Kollektivvertrag, innovativ zu handeln und Effizienzreserven zu heben.
- Die Grundlogik, Krankheit und nicht Gesundheit zu honorieren, ist falsch. Deshalb sind IV-Konzepte so zu strukturieren, dass pauschalisierte und relationale Verträge den Vertragspartnern Anreize bieten an der Gesundheit und nicht an der Krankheit der Versicherten zu verdienen.

Diese Argumente verdeutlichen, weshalb der Gesetzgeber die IV als einen wichtigen Baustein in den Gesundheitsreformen der letzten zehn Jahre angesehen und diese Versorgungsform entsprechend gefördert hat.

■ Die Geschichte der IV ist eine Erfolgsgeschichte

Die Verbesserung der Kooperation zwischen den Versorgungssektoren zählt zu den bedeutendsten Herausforderungen in der Gesundheitspolitik (Amelung et al. 2009). Seit Ende der 1980er Jahre zielen Gesundheitsreformen darauf ab, die einzelnen Versorgungsbereiche enger miteinander zu verzahnen. Ein bedeutsamer Schritt war das Gesundheitsmodernisierungsgesetz (GMG) von 2004. Mit der Neudefinition der §§ 140 SGB V bekam die IV einen deutlich größeren Spielraum. Gemäß §140a SGB V soll die IV eine sektorenübergreifende Versorgung der Versicherten oder eine fachübergreifende Versorgung ermöglichen. Erstmals waren die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) nicht als Vertragspartner vorgesehen. Stattdessen können nunmehr Arztnetze oder Managementgesellschaften im Rahmen des Einzelvertragssystems direkte Vertragspartner der Kassen werden. Da der Gesetzgeber den Vertragsparteien die kon-

krete Ausgestaltung der Verträge überlässt, schafft dies für die Akteure ungewöhnlich große Handlungsspielräume bei der Gestaltung der Strukturen. Die bis Ende 2008 geltende Anschubfinanzierung eröffnete neue Perspektiven und führte zu einem beeindruckenden Anstieg von IV-Verträgen (► Abb. 1). Mit dem Ende der Anschubfinanzierung wurde allerdings jeder fünfte Vertrag gekündigt bzw. nicht verlängert.

Durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz erfuhr die IV eine weitere Aufwertung (Amelung et al. 2008): Zur besseren Verzahnung der einzelnen Leistungsbereiche wurde die Pflegeversicherung als weiterer Vertragspartner in die IV eingebunden. Das 2010 verabschiedete Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AMNOG) erweiterte den Kreis der Vertragspartner um die Arzneimittel- und Medizinproduktehersteller. Das Anfang 2012 in Kraft getretene Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) könnte der IV einen neuen Schub geben. Die KVen haben nunmehr die Möglichkeit, anhand von Qualitätsrichtlinien Arztnetze im Rahmen der Gesamtvergütung finanziell zu fördern bzw. ihnen Budgetverantwortung zu übertragen. Der Gesetzgeber fördert die kooperativ und interdisziplinär arbeitenden Arztnetze, weil sie die ambulanten, wohnortnahen Versorgungsstrukturen verbessern helfen.

Mit über 6.000 IV-Verträgen bis Ende 2008 (BQS 2009) und direkt von den Kassen gezahlten IV-Vergütungen in der Höhe von über einer Milliarde Euro gehört die Förderung sektorenübergreifender Versorgung zu den bedeutenden Erfolgsgeschichten in der Gesundheitspolitik. Das über IV-Verträge gemanagte bzw. in Organisationsverantwortung stehende Volumen schätzen die Autoren auf rund zwei Milliarden Euro im Jahr 2011. Deutschland gehört damit zu den führenden Gesundheitssystemen im Bereich der IV weltweit.

■ Der Erfolg in der IV hängt von vielen Faktoren ab

Die Komplexität der IV stellt besondere Anforderungen an die Managementkompetenz, Strukturen und Kommunikation der Vertragspartner. Für den Erfolg hinsichtlich Gesundheitsnutzen und Effizienz seien die wichtigsten Faktoren exemplarisch genannt:

- Die hohen Anforderungen an die IV sind mit einem „hauptamtlichen Nebenbei“ kaum noch

zu bewältigen (Eble, 2011). Vielmehr setzen professionelle unternehmerische Strukturen eine Managementgesellschaft und eine hauptamtlich geführte Geschäftsstelle voraus, deren Prozesse einem zertifizierten Qualitätsmanagement unterliegen.

- Zum Managen eines IV-Vertrages bedarf es vielfältiger Kompetenzen in einem multi professionellen Team. Neben betriebswirtschaftlichem Know-how und klassischen Managementkompetenzen zählen hierzu die Gesundheitsökonomie und -wissenschaften, Case Management, Sport-, Pflege- und Kommunikationswissenschaften, IT- und Datenanalyse u. a. Ferner sind grundlegende Kenntnisse der Mechanismen und Regularien der unterschiedlichen Sektoren im Gesundheitswesen sowie der Kassenlandschaft notwendig, ebenso wie die Fähigkeit zur Ermittlung und Analyse der wirtschaftlichen Ergebnisse (Hildebrandt et al 2011).
- Die elektronische Vernetzung der Leistungspartner und der Geschäftsstelle in Form von IT-gestützten Informations- und Kommunikationssystemen sind die technischen Erfolgstreiber. Diese dienen u.a. dem Einschreibungsmanagement, der Terminvergabe und dem Austausch von Patientendaten, z.B. in Form einer zentralen Patientenakte. Ebenso notwendig ist der Einsatz von Telemedizin zur bedarfsgerechten Versorgung und Kontrolle der Patienten.
- Die inhaltliche Entscheidung für Programme und Konzepte ist durch eine professionelle Versorgungsanalyse sicherzustellen. Auf Basis der Versichertendaten können für einzelne Patientengruppen zielgenaue Gesundheits- und Präventionsprogramme initiiert und fortlaufend evaluiert werden. Die Versorgungsanalyse kann ferner zur Steuerung der Leistungserbringer, z.B. in Form eines Benchmarkings, eingesetzt werden.
- Die Langfristigkeit von IV-Verträgen, z. B. eine Laufzeit von zehn Jahren, erlaubt es, intensiv in die Prävention und Aufklärung der Patienten zu investieren und Versorgungsprogramme für Multimorbide zu implementieren, die zu Kostensenkungen führen können. Nur mittel- und langfristig stellt sich ein Gesundheitsnutzen für den Einzelnen wie für ganze Patientengruppen ein und werden sich diese Investitionen in die

Gesundheit der Patienten für die Vertragspartner amortisieren (Hildebrandt et al 2006).

- Entsprechende Investitionen in den Aufbau der Management- und Versorgungsstrukturen, in die Fortbildung der Leistungserbringer und in Präventions- und Gesundheitsprogramme sind weiterhin unerlässlich, will ein IV-Modell dauerhaft Erfolg haben.

Neben diesen harten Fakten gilt es, die bisherigen Verhaltens- und Kommunikationsmuster der Akteure zu verändern – hin zu einer kooperativen, partnerschaftlichen Beziehung. Dies gilt sowohl im Verhältnis der Leistungserbringer untereinander – und zwar interdisziplinär und berufsübergreifend (Haus- und Fachärzte, Therapeuten, Pflegekräfte etc.) sowie über Hierarchien hinweg (z. B. Verhältnis Arzt-Medizinische Fachangestellte) – als auch im Verhältnis zwischen Leistungserbringern und Patienten. Beim Shared Decision Making (partizipative Entscheidungsfindung) beteiligt der Mediziner oder Therapeut den Patienten an komplexen Entscheidungen und geht auf seine Informationswünsche ein. Nur dann ist zu erwarten, dass der Patient die Behandlungsentscheidung umsetzt – was insbesondere bei Krankheiten mit Lebensstilbezug eine maßgebliche Voraussetzung für den Therapieerfolg ist (Hildebrandt et al. 2011). Letztendlich wird die IV nur dann Erfolg haben, wenn sie den Patienten einen erkennbaren Mehrwert bietet und sich an ihren Bedürfnissen orientiert. Dieser medizinische Mehrwert sollte den Vertragsparteien durch entsprechende wissenschaftliche Evaluation nachgewiesen werden.

■ **Ausblick: Mit der IV Innovation und Wettbewerb stärken**

Die IV war in den letzten knapp zehn Jahren ein wichtiger Reformmotor im deutschen Gesundheitssystem. Doch der Motor stockt. Die Gründe hierfür sind vielschichtig. So verhalten sich die Krankenkassen mit Ende der Anschubfinanzierung und Einführung des Gesundheitsfonds sehr zurückhaltend bei der Finanzierung neuer IV-Verträge. Momentan konzentriert sich ihr Wettbewerb auf das Vermeiden von Zusatzbeiträgen. Jedoch sollte sich der Gesetzgeber auf die IV fokussieren und diese durch ein Innovationsbudget, das sich aus den Einnahmen des Gesundheitsfonds speist, finanziell neu ausstatten. Denn die IV dient sowohl als ein Mittel im Wettbewerb der Kassen als auch als Experi-

mentierfeld der Regelversorgung für neue Behandlungsmethoden. Dieses Mehr an Innovationskraft und qualitätsorientiertem Wettbewerb kann zu einem Mehr an Patientenorientierung und Gesundheitsnutzen führen (BMC 2011).

Literatur:

Amelung VE., Meyer-Lutterloh K., Schmid E., Seiler R., Weatherly J (2008): Integrierte Versorgung und Medizinische Versorgungszentren. Von der Idee zur Umsetzung, Berlin

Amelung VE., Sydow J., Windeler A. (2009): Vernetzung im Gesundheitswesen – Wettbewerb und Kooperation, Stuttgart

Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH (BQS) (2009): Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004-2008. Bericht gemäß § 140d SGB V auf der Grundlage der Meldungen von Verträgen zur Integrierten Versorgung. <http://bqs-register140d.de/> (Zugriff am 21.02.2011)

Bundesverband Managed Care e.V. (2011): Blockaden der Integrierten Versorgung lösen (Positionspapier)

Eble S (2011): Möglichkeiten der Industrie bei Verträgen zur Integrierten Versorgung, in: Amelung VE, Hildebrandt H, Eble S (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement – Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, 63-70, Berlin

Gensichen J, Muth C, Butzlaff A et al (2006): Die Zukunft ist chronisch – Das Chronic Care Modell in der deutschen Primärversorgung, ZEFQ 100, 365-374

Hermann C, Hildebrandt H, Richter-Reichhelm M et al (2006): Das Modell Gesundes Kinzigtal. Managementgesellschaft organisiert Integrierte Versorgung einer definierten Population auf Basis eines Einsparcontractings, in: Gesundheits- und Sozialpolitik 5-6/2006, 10-28

Hildebrandt H, Michalek H, Monika R (2011): Integriertes Management auf Augenhöhe. Anforderungen an eine konsistente Führungsphilosophie in IV-Systemen am Beispiel von Gesundes Kinzigtal, in: Amelung VE, Hildebrandt H, Eble S (Hrsg.): Innovatives Versorgungsmanagement. Neue Versorgungsformen auf dem Prüfstand, 215-226, Berlin

Hildebrandt H, Schmitt G, Monika R, Stunder B (2011): Integrierte Regionale Versorgung in der Praxis: Ein Werkstattbericht aus dem Gesunden Kinzigtal, ZEFQ 105, S. 585-589

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001): Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit, Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Gutachten 2000/2001, Ausführliche Zusammenfassung

Schlette S, Knieps F, Amelung VE (Hrsg.) (2005): Versorgungsmangement für chronisch Kranke, Berlin



Helmut Hildebrandt

ist Vorstand der OptiMedis AG, Hamburg, Geschäftsführer Gesundes Kinzigtal GmbH,

Haslach, und Vorstandsbeisitzer im Bundesverband Managed Care e.V., Berlin. Der Apotheker und Gesundheitswissenschaftler verfügt über langjährige Erfahrungen in qualitativer Forschung (Medizinsoziologie) und konzeptioneller Arbeit in Gesundheitsförderung und Organisationsentwicklung. Er hat viele Jahre für die Weltgesundheitsorganisation (WHO) an Präventionsprojekten mitgearbeitet. 1999 und 2000 war Hildebrandt als Berater der damaligen Bundesgesundheitsministerin Andrea Fischer maßgeblich an der Entwicklung der Integrierten Versorgung in Deutschland beteiligt. Sein heutiger Schwerpunkt liegt im Aufbau und Management Regionaler Integrierter Vollversorgungssysteme wie Gesundes Kinzigtal in Südbaden.

✉ h.hildebrandt@optimedis.de



Prof. Dr. oec. Volker Amelung

ist Professor für Gesundheitssystemforschung an der

Medizinischen Hochschule Hannover und Vorstandsvorsitzender im Bundesverband Managed Care e.V., Berlin. Er studierte an den Hochschulen St. Gallen und an der Universität Paris Dauphine Betriebswirtschaftslehre. Nach der Promotion arbeitete er an der Hochschule für Wirtschaft und Politik in Hamburg und war über mehrere Jahre Gastwissenschaftler an der Columbia University in New York. Prof. Amelung ist als Berater für internationale und nationale Unternehmen im Gesundheitswesen tätig. Seine Schwerpunkte sind Managed Care und Integrierte Versorgung.

✉ amelung.volker@mh-hannover.de