

Muster der Nation

Viel beachtet, hoch gelobt, top evaluiert: Das Gesunde Kinzigtal zeigt, wie integrierte Vollversorgung in der Region funktioniert. Der Durchbruch in der Fläche lässt aber seit Jahren auf sich warten. Warum eigentlich?

Von Florian Albert

Foto: Stefan Arendt

In Südbaden wird die Idee von der regionalen, sektorenübergreifenden Vollversorgung bereits gelebt. Die Integrierte Versorgung Gesundes Kinzigtal GmbH gilt als Deutschlands Vorzeigeprojekt – ein „Leuchtturm“, wie der Sachverständigenrat (SVR) Gesundheit bereits konstatierte. Das örtliche Ärztenetz hält zwei Drittel der Gesellschaft, die auf IV spezialisierte Hamburger Managementgesellschaft Optimedis ein Drittel. Haus- und Fachärzte, Therapeuten, Kliniken, Pflegedienste, Vereine, Apotheken, Krankenkassen und Fitnessstudios ziehen hier seit 2006 an einem Strang – mit Erfolg, wie die jüngste Auswertung zeigt (Kasten). Doch trotz aller Erfolge ist das Gesunde Kinzigtal noch immer keine Blaupause für andere Regionen.

Landauf, landab sind IV-Verträge für gewöhnlich noch indikationsbezogen, etwa wenn sich Kardiologen zur Versorgung herzkranker Patienten zusammenschließen. Komplexe, populatorientierte Vollversorgungs-Verträge, mit denen Leistungserbringer die Verantwortung für die komplette Versorgung übernehmen, sind nach wie vor die Ausnahme. Was also kann Deutschland vom Kinzigtal lernen? Fehlt andernorts das Geld?

Verweigern sich die Ärzte? Oder woran liegt es, dass das Kinzigtal nicht zum Muster der Nation avanciert?

„Eine gut funktionierende Versorgungsinnovation muss sich aus den GKV-Routinedaten erst beweisen, und das ist im Gesundheitswesen nur mit Zeitverzug möglich“, sagt Optimedis-Vorstand Helmut Hildebrandt. So lag die erste handfeste Evaluation für die ersten zwei Jahre aus dem Kinzigtal erst Anfang 2009 vor – drei Jahre nach dem Start –, denn die benötigten Vergleichsdaten über die Durchschnittskosten aus dem Bundesgebiet in Relation zu den Ist-Kosten im Kinzigtal waren erst zwei Jahre nach Start des Projektes verfügbar. Ende 2008 war aber die Anschubfinanzierung zur IV ausgelaufen.

Investoren schließen Lücke

„Das Finanzmodell, das wir damals mit der AOK Baden-Württemberg abgeschlossen und in dem wir ein bis zwei Jahre überbrückt hatten, war somit nicht mehr auf andere Regionen und Kassen kopierbar“, sagt Hildebrandt – nicht zuletzt, weil die Kassen zu dieser Zeit wegen des

drohenden Zusatzbeitrags in eine Hab-acht-Stellung gingen. Rund zwei bis vier Millionen Euro müsse man in den ersten ein bis zwei Jahren stemmen, wenn man ein zweites Kinzigtal in einer anderen Region Deutschlands aufbauen will, rechnet Hildebrandt vor. Dazu sei bislang kaum eine Krankenkasse bereit gewesen. Inzwischen sei es ihm gelungen, eine Gruppe vermöglicher Einzelinvestoren und Banken davon zu überzeugen, Geld für weitere Projekte zur Verfügung zu stellen, berichtet er. Die Kassen vermeiden beim Vertragsabschluss so hohe Risiken – partizipieren im Erfolgsfall aber auch entsprechend weniger.

„Der Zusatzbeitrag ist ein Innovationskiller“, sagt der Vorstandsvorsitzende der DAK-Gesundheit, Prof. Dr. h.c. Herbert Rebscher. Den versuchten derzeit alle Kassen zu vermeiden – mit der Folge, dass neue Projekte mit unklarem Ausgang auf die lange Bank geschoben werden. „Ein kluges Konzept zeigt sein Potenzial erst in Jahren. Das passt nicht zum derzeitigen Finanzierungskonzept der Kassen, das lediglich auf die nächsten Quartale ausgerichtet ist“, kritisiert Rebscher. Wenn die Kassen ihre Beiträge wieder selbst festsetzen könnten,

dann würden sie aus eigenem Interesse mittelfristige Ziele wieder höher ansetzen als kurzfristige Prämienvermeidung, sagt er.

„Zu geringe Anreize zur Umsetzung und technische Probleme wie die Bereinigung der Gesamtvergütung machen die Umsetzung regionaler Vollversorgungsmodelle mühsam“, sagt der Vorsitzende des SVR Gesundheit, Prof. Dr. Ferdinand M. Gerlach. Nicht selten fehle den Akteuren und Kostenträgern auch schlicht der Mut. „Denn alles so zu lassen, wie es ist, ist natürlich auch bequemer.“ Um die Entwicklung zu stimulieren, hat der SVR in seinem aktuellen Sondergutachten ein Kreditmodell vorgeschlagen, das es Kostenträgern erleichtern sollte, die benötigten Anfangsinvestitionen zu wagen. Statt der laufenden Mittel aus dem Gesundheitsfonds sollten zinsverbilligte Darlehen aus einem Kapitalfonds angeboten werden.

DAK-Vorstand Rebscher wehrt sich gegen ein weiteres Regulativ mit Anträgen, Prüfverfahren und der „Mitsprache aller bei Innovationen weniger“. Jenseits der finanziellen Dimension birgt vor allem die Komplexität solcher Versorgungsmodelle enorme Risiken: „Das Kinzigtal ist in vielen Beziehungen ein Solist“, sagt Rebscher. So verfüge die örtliche AOK als Vertragspartner über einen hohen Marktanteil; mit seiner vergleichsweise homogenen

Ärzte- und Patientenstruktur habe das Schwarzwald-Tal ideale Voraussetzungen für ein solches Modell. Rebscher würde das Gesunde Kinzigtal gern kopieren, sieht aber Hindernisse. Anders als in Städten seien in ländlichen Regionen zum Beispiel Arzt-Patienten-Beziehungen vergleichsweise stabil. „Wo es aber viele Ärzte gibt, ist die Wahrscheinlichkeit größer, dass eingeschriebene Patienten auch in Praxen gehen, die nicht Teil des Vertrags sind – vielleicht weil die Auswahl größer ist oder sie länger im Wartezimmer sitzen müssen.“

Kulturelle Hürden meisten

Auch der Vorstandsvorsitzende der AOK Rheinland/Hamburg, Günter Wältermann, misst dem Kinzigtal nur begrenzten Vorbildcharakter bei. „Es scheint ein gutes Modellprojekt zu sein, aber es scheint noch nicht so gut zu sein, dass es durchschlagenden Erfolg gegenüber dem herkömmlichen System hat. Sonst wäre es in Baden-Württemberg sicher schon flächendeckend ausgerollt worden“, so Wältermann. Die AOK Rheinland/Hamburg unterhält derzeit einen erkrankungsübergreifenden Versorgungsvertrag mit dem Ärztenetz Solimed in Solingen (siehe Artikel „Arzt, solo, sucht“, S. 36). „Doch der An-

spruch, den wir gehabt haben, ist leider in der Realität noch nicht eingelöst worden“, bilanziert er. Insbesondere in den Abstimmungsprozessen der Leistungserbringer gebe es noch einiges Verbesserungspotenzial. Das Ziel, ein gut funktionierendes, anspruchsvolles Vollversorgungsmodell aufzusetzen, will er gleichwohl nicht über Bord werfen. „Aber ich glaube, dass wir noch ein paar Erfahrungskurven machen müssen.“

Allein an den Ärzten liege es nicht, dass manche Kooperation nicht zustande kommt, sagt Hildebrandt. Er rät den Kassen, die Eigenständigkeit der Ärzte auch in Selektivverträgen weiter zu gewährleisten – und die kulturellen Differenzen nicht zu unterschätzen. Denn die vermeintlichen Vorteile, die eine Kasse offensiv bewirbt – Abendsprechstunden oder mehr Untersuchungen –, böten verantwortliche Ärzte meist allen Versicherten.

Hildebrandt jedenfalls ist von den Möglichkeiten der regionalen Integration überzeugt. Er will schon bald weitere Versorgungsnetze an den Start bringen. Allerdings: „Man braucht Regionen, die sich als solche fühlen. Mit einer künstlichen, am Tisch zurechtgeschneiderten Einheit funktioniert das nicht. Denn sonst ziehen Kommunen, Vereine und Ehrenamtliche nicht mit“, so Hildebrandt. ■

Das Gesunde Kinzigtal

Die „Gesundes Kinzigtal GmbH“ hat sich 2006 mit dem Integrierten Versorgungsvertrag (IV) nach § 140b SGB V bereit erklärt, die Vollversorgung für rund 31 000 Versicherte der AOK Baden-Württemberg und Landwirtschaftlichen Krankenkasse (LKK) Baden-Württemberg zu übernehmen und bis auf eine Anschub- und eine Vor-

schussfinanzierung ausschließlich auf einer vertraglich definierten Erfolgsbasis zu arbeiten. Im Gegenzug verpflichteten sich die Kassen, frühestens nach zehn Jahren die Vertragsbedingungen zu ändern. Bislang haben sich mehr als 9 000 Versicherte eingeschrieben. Das Projekt hat Erfolg, wie die Ergebnissberechnungen der vergangenen

Jahre zeigen: Eingeschriebene Patienten leben tatsächlich länger als Nicht-Teilnehmer; die Kassen sparen Versorgungskosten; davon wiederum profitieren die Netzärzte über ihre Gesellschaft auch finanziell: Ihr Ertrag resultiert nicht aus der Menge erbrachter Leistungen, sondern aus dem Gesundheitsnutzen der Patienten. fa