

Integrierte Versorgung – von Pilotprojekten zur „wirklichen“ Regelversorgung

Die integrierte Versorgung ist eine der wenigen gesundheitspolitischen Entwicklungen, die von nahezu allen Akteuren positiv bewertet wird. Dies ist auch darin begründet, dass niemand, der an der Verbesserung der Versorgung der Patienten interessiert ist, dagegen sein kann. Eine der bedeutendsten Schwachstellen des deutschen Gesundheitswesens, die starren Grenzen zwischen den Sektoren, wird Schritt für Schritt aufgehoben und – zumindest bei den sinnvollen Projekten – die Versorgung verbessert. Nur was passiert mit dem Gesamtsystem, wenn die integrierte Versorgung nicht mehr nur eine Randerscheinung ist, sondern einen bedeutenden Marktanteil gewinnt? Ist die integrierte Versorgung mit den bestehenden Selbstverwaltungsstrukturen und Bedarfsplanungen kompatibel und wie kann eine Budgetbereinigung erfolgen? So erfreulich die Erfolge der integrierten Versorgung sind, so groß sind auch die zukünftigen Herausforderungen, sie in das Gesamtsystem einzuordnen.

■ Volker E. Amelung

1. Eine wirkliche Erfolgsgeschichte oder doch nur eine hübsche Randerscheinung?

Die integrierte Versorgung wurde trotz erheblicher offener Fragen und offensichtlicher Fehlsteuerungen in den aktuellen Reformbemühungen kaum kritisch thematisiert. Im Vorfelde der Reform wurde lediglich diskutiert, ob eine Anhebung der Anschubfinanzierung sinnvoll und notwendig sei, sowie eine Vielzahl von eher marginalen Veränderungen. Marginal in dem Sinne, als dass zwar wichtige Themenfelder adressiert wurden, nicht aber der Kern der integrierten Versorgung. So wurde sinnvollerweise die Palliativversorgung als Leistungsanspruch auf eine andere Ebene gehoben und aus dem Wettbewerbskontext genommen, die Einbindung der Pflege ermöglicht und die Frage aufgeworfen, welche Form der integrierten Versorgung (indikationsorientierte oder populationsorientierte) besonders gefördert werden sollte. Dass die integrierte Versorgung richtig und notwendig ist, stand nicht zur Disposition.

Woran liegt diese zumindest in der – partieübergreifenden – Gesundheitspolitik derart positive Einschätzung? Diese Frage ist vor allem deshalb legitim, als dass die Eu-

phorie für integrierte Versorgung von weiten Teilen der Leistungserbringer nicht geteilt wird.

Integrierte Versorgung ist in ihrer Grundausrichtung derart ausgelegt, dass niemand, der an der Verbesserung der Versorgung interessiert ist, dagegen sein kann. Sektoren und/oder berufsfeldübergreifende gesteuerte Versorgung entlang der Wertschöpfungskette des Patienten – eine zugegebenermaßen sehr betriebswirtschaftliche Terminologie und Betrachtungsweise – ist schlicht eine „bessere“ Versorgung. Darüber hinaus konzentriert sie sich auf Themengebiete – sowohl harte Managementfaktoren wie Koordination und Steuerung als auch weiche Faktoren wie Kommunikation, die als zentrale Schwachstelle des deutschen Systems wahrgenommen werden. Der Ansatz trifft den Nerv der Zeit und ist somit ein Selbstgänger in der gesundheitspolitischen Diskussion, die wenig mit konkreten Marktbedingungen zu tun hat. Exemplarisch können für alle Wertschöpfungsketten problemlos die Schnittstellen identifiziert und anschließend neu konfigurierte Prozessabläufe vorgestellt werden, die im klassischen Sinne von Managed Care sowohl eine Verbesserung der Versorgung als auch Kosteneinsparungen generieren. Es hat allerdings eine gewisse Zeit benötigt, bis dieser Status erreicht wurde.

Nun stellt sich allerdings die Frage, ob die integrierte Versorgung lediglich eine Erfolgsgeschichte im Schutze der Pilotphase ist. Charakteristisch für eine derartige Phase sind drei Faktoren:

- Die Tolerierung und Unterstützung weil es politisch opportun ist,

Univ.-Prof. Dr. oec. Volker E Amelung, Medizinische Hochschule Hannover, Abt. Epidemiologie, Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung

- Die starke Unterstützung durch Idealisten,
- Der Windschutz vor den wirklichen Herausforderungen der Integration in die Regelversorgung.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass „man“ eigentlich nicht gegen integrierte Versorgung sein kann, sondern höchstens gewisse rechtliche Probleme sehen kann und sich damit aber in der Ecke der Spaßverderber und chronische Nörgler positioniert. Aber gerade von denen – die häufig in den Verbänden sitzen – haben viele genug. Teilweise entsteht der Eindruck, dass die Akteure ganz froh sind, dass es integrierte Versorgung ist, unter dem Motto, es hätte schlimmer kommen können. Ob man will oder nicht, „hier muss man sich engagieren“.

Und in einer Branche, die stark dominiert ist von intrinsisch motivierten Akteuren, die sehr unter den starken Strukturen des Systems gelitten haben und weiterhin leiden, bietet die integrierte Versorgung lang ersehnte und eingeforderte Entfallungsmöglichkeiten. Endlich bestehen die Möglichkeiten, die Versorgung zu verbessern und neue Konzepte umzusetzen. Die integrierte Versorgung profitiert in erheblichen Umfang davon, dass diese Kräfte neu motiviert wurden und durch ökonomische Anreize unterstützt werden. Diese ökonomischen Anreize können bei den unmittelbar Beteiligten liegen, müssen aber nicht. Bis zu diesem Punkt könnte man der Logik der Gesundheitspolitik noch folgen und die integrierte Versorgung als den einzigen sinnvollen Ansatz sehen und die Widerstände als übliche Verteidigungsstrategien von Partikularinteressenvertretern sehen, die gebrochen werden müssen. Zu beeindruckend sind mittlerweile die Ergebnisse von einzelnen Projekten. Die Studie des Bundesverbandes Managed Care zu den Leuchtturmpjekten zeigt sehr deutlich, dass es eine Vielzahl von Projekten gibt, die aus Sicht der Versorgungsforschung eine wesentliche Verbesserung der Versorgung darstellen. Auf den ersten Blick handelt es sich um die so gerne gesehenen Win-Win-Win-Situationen. Es ist allerdings notwendig, einige Aspekte durchaus kritisch zu betrachten.

2. Wettbewerb führt zu Qualitätsdifferenzierung und generiert Transaktionskosten

Zwei Aspekte müssen dabei getrennt betrachtet werden, die allerdings inhaltlich sehr eng miteinander verknüpft sind. Auch wenn es gerne ignoriert wird, weil es edler ist, über die Optimierung von Wertschöpfungsketten aus Sicht der Patienten zu argumentieren, ist die integrierte Versorgung in erster Linie als Wettbewerbs- und somit Differenzierungsinstrument zu verstehen, mit den Wettbewerb inhärenten Vorteilen der Leistungssteigerung – unter der Prämisse der Wettbewerb funktioniert –, aber auch den entsprechenden Konsequenzen. Wer sich für Wettbewerb von Versorgungskonzepten ausspricht – dies ist sowohl bei der indikationsorientierten wie auch populationsorientierten integrierten Versorgung der Fall – muss eine „Differenzierte Versorgungslandschaft nach unterschiedlichen Präferenzen und Wahlentscheidungen“ akzeptieren. Dies ist nichts anderes als ein Syno-

nym für eine Vielklassenmedizin. Wettbewerb ist nie für alle, sondern baut auf der Idee von Konkurrenz auf. Es wird unterschiedliche Konzepte mit unterschiedlichen Ergebnissen geben. Und damit Wahlentscheidungen möglich sind und der Wettbewerb funktionieren kann, ist Transparenz unabdingbar. Wenn es keine unterschiedlichen Ergebnisse und somit auch keine unterschiedliche Qualität gibt, macht Wettbewerb keinen Sinn. Das gilt auch für medizinische Leistungen, und genau vor diesem Hintergrund ist es auch aus ethischen Gründen richtig und sinnvoll, die Palliativversorgung konsequent aus einem Wettbewerbsmodell herauszuhalten, da hier die „Nebenwirkungen“ von wettbewerbsorientierter integrierten Versorgung nicht akzeptabel sind. Wer also nicht bereit ist, unterschiedliche Versorgungsqualitäten zu akzeptieren, sollte dann konsequenterweise auch von Wettbewerbsinstrumenten Abstand nehmen.

Darüber hinaus entstehen so genannte Transaktionskosten. Wettbewerb ist nicht kostenneutral, es entstehen Informations-, Such-, Auswahl-, Verhandlungs- und Kontrollkosten, die zu mehr Aufwand bei den involvierten Akteuren führen. Diese Kosten müssen durch die Leistungssteigerung durch den Wettbewerb überkompensiert werden.

Auf der Seite der Versicherten sind insbesondere die Suchkosten relevant, da die integrierte Versorgung zu Intransparenz führt, da unterschiedliche Konzepte konkurrieren. In Märkten, in denen nicht oder nur sehr eingeschränkt geworben werden darf, ist die Informationsbeschaffung und die Kommunikation von Zusatznutzen schwierig und kostspielig.

3. Welche Selbstverwaltungsstrukturen sind mit den Grundgedanken der integrierten Versorgung kompatibel?

In der Diskussion weitgehend ausgeblendet wird das Zusammenspiel von integrierter Versorgung und traditioneller Regelversorgung und die dahinter liegenden Zielsetzungen. Für die Pionierphase, in der neue Versorgungsformen entwickelt und erprobt werden sollen, ist es durchaus legitim, die Innovationskraft nicht durch überbordende Problemgenierung zu zerstören. Aber Sicherstellung und Budgetbereinigung sind zwei langfristig entscheidende Fragestellungen, die nicht ewig aufgeschoben werden dürfen.

Integrierte Versorgung ist im Kern nichts anderes als klassische Managed Care-Einzelvertragsgestaltung. Einzelvertragslösungen lassen sich aber kaum mit der Idee von Sicherstellungsaufträgen und Bedarfsplanungen vereinbaren. Hier stellt sich natürlich die Frage, in welchen Bereichen dies überhaupt heutzutage noch notwendig ist. Im Prinzip muss die Sicherstellung bei dem liegen, der ein Versicherungsprodukt anbieten will und der Gesetzgeber muss dies quasi als Bedingung für die Zulassung einfordern. Es würde den Rahmen hier sprengen, aber die Einbindung der integrierten Versorgung in die

Systemgestaltung auf Makroebene muss spätestens dann geklärt sein, wenn der Pilotstatus verlassen werden soll.

Gleiches gilt für die Budgetbereinigung. Allen Experten ist bewusst, dass dies extrem komplex ist und die pragmatische Lösung der Anschubfinanzierung notwendig waren um Systemveränderungen zu initiieren. Nur wird es langfristig nicht möglich sein, dieses Thema zu ignorieren. Insbesondere muss sichergestellt werden, was passieren soll, wenn sämtliche „Filetstücke“ verteilt und aus dem Kuchen herausgeschnitten sind und sich dann niemand mehr findet, der den „Rest“ übernehmen will.

4. Strategische Optionen für die integrierte Versorgung

Wettbewerb um inhaltliche Konzepte lassen sich auch nicht mit den heutigen Strukturen der Selbstverwaltung vereinbaren, sondern bedürfen und vertragen lediglich hochqualifizierte und sehr eingeschränkte staatliche Intervention. Genau vor diesem Hintergrund ist es notwendig, die möglichen Ziele von integrierter Versorgung näher zu betrachten. Grundsätzlich erscheinen drei Zielsetzungen möglich:

1. Überwiegend indikationsorientierte integrierte Versorgung als Nischenmarkt für ausgewählte Indikationen mit einem Gesamtmarktanteil im einstelligen Prozentbereich.
2. Integrierte Versorgung als neue Form der Regelversorgung, sowohl indikationsorientiert, als auch populationsorientiert.
3. Integrierte Versorgung als „Systemzerstörer“ zum Aufbrechen von verkrusteten Strukturen. Dieses Ziel liegt natürlich auf einer anderen Ebene als die beiden oberen.

So unterschiedlich diese drei Zielsetzungen sind, so schwierig ist zu beurteilen, welcher – wenn überhaupt einer dieser – gesundheitspolitischen Zielsetzung gefolgt wird. Im klassischen Managementzyklus werden vier Phasen unterschieden: Ziele definieren – Strategien entwickeln – Umsetzung und anschließend Kontrolle. Dies wird als iterativer Prozess verstanden. In der Gesundheitspolitik verfestigt sich allerdings der Eindruck, dass primär Strategien entwickelt werden, allerdings denen keine Ziele vorangestellt sind. Ohne Ziele können Strategien – und die integrierte Versorgung ist nicht anderes als eine strategische Option zur Zielerreichung – nicht beurteilt werden. Sie können eigentlich lediglich deskriptiv dargestellt werden.

Prinzipiell können alle drei Zielrichtungen bestimmt sein. Die erste Option wird vor allem von denen propagiert, die das System in seinen Grundzügen erhalten wollen. Sie haben auch keine andere Möglichkeit. Wenn an der Grundstruktur nichts geändert werden soll – Begriffe wie Sicherstellungsauftrag, Bedarfsplanung und Selbstbestimmung sind bereits angesprochen worden – darf die integrierte Versorgung nur ein Mauerblümchen-dasein fristen. Ohne die skizzierten Systembrüche zu lö-

sen, muss die integrierte Versorgung in einem kleinen, einstelligen Budgetvolumen verbleiben. Quasi als Versorgungsform für besondere Herausforderungen, eingebettet als Fremdkörper in einem System, dass nach anderen Regeln spielt.

Die aktuellen Reformbemühungen sind hier ambivalent. Auf der einen Seite wird explizit gegen nicht-flächendeckende Lösungsansätze angegangen – obwohl gerade hier erhebliche Verbesserungen in der Versorgung umgesetzt wurden – und die so genannten populationsorientierten Ansätze propagiert. Auf der anderen Seite sollen wesentliche Strukturen nicht verändert werden. Einfacher ausgedrückt, entsteht der Eindruck, dass man „die Nische nicht will, aber die Breite nur verbal und ohne die notwendigen Strukturveränderungen“. Ein schwieriges Ziel.

Die zweite Form ist die von den inhaltlichen Befürwortern der integrierten Versorgung propagierte Zielsetzung. Deren Vertreter gehen davon aus, das integrierte Versorgung nicht die einzige Versorgungsform darstellt, aber einen wesentlichen Marktanteil erreichen soll. Dieser kann je nach Marktsituation bei 30% liegen, oder aber durchaus in einzelnen Märkten oder Marktsegmenten an die 70% herangehen. Die jeweiligen Prozentsätze sind dabei irrelevant. Entscheidend ist, dass es sich um einen wesentlichen Marktanteil handelt. Sowohl indikationsorientierte, als auch populationsorientierte Ansätze existieren dabei parallel. Eine vollständige Marktdeckung ist dabei nicht wünschenswert, da Integration immer in Kombination mit extremer Spezialisierung zu sehen ist. Einzelne Leistungen (z.B. das Lasern von Augen) sollen nicht integriert werden, sondern müssen in so genannten focused factories hochspezialisiert angeboten werden. Aber die integrierte Versorgung wird als die für weite Marktbedürfnisse geeignete Versorgungsform angesehen und muss entsprechend auch die Möglichkeit haben, andere Versorgungsformen schlicht zu verdrängen. Die Möglichkeit von Verdrängungswettbewerb ist eine conditio sine qua non. Aus dieser Perspektive werden die Entwicklungen sehr positiv gesehen und die Anschubfinanzierung lediglich als ein zusätzliches Motivationsinstrument. Entscheidend sind hier die Möglichkeiten, Märkte zu erobern und vor diesem Hintergrund werden insbesondere die neuen Möglichkeiten durch das Vertragsarztrechtsänderungsgesetzes sehr positiv aufgenommen. Die integrierte Versorgung wird hier primär als Instrument gesehen, verkrustete Strukturen aufzubrechen und es wird nur als Frage der Zeit angesehen, wie lange sich Instrumente wie Sicherstellungsauftrag, Selbstverwaltung und Budgetierung halten können. Auch hier entsteht der Eindruck, dass zumindest Teile der Gesundheitspolitik genau diese Ziele verfolgen. Sie „glauben“ an die integrierte Versorgung und fordern deshalb mehr populationsorientierte Ansätze. Diese Überzeugung ist meinem Erachten nach aber vom Ansatz her falsch. Es gibt keine „richtige“ oder „falsche“ integrierte Versorgung und populationsorientierte Ansätze sind nicht per se besser als indikationsorientierte. Beides sind sinnvolle Ansätze und in der Regel baut die populationsorientierte

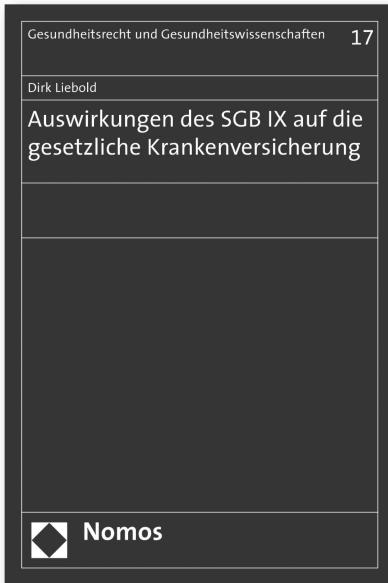
integrierte Versorgung auf einer Vielzahl von indikationsorientierten integrierten Versorgungsverträgen auf, da diese quasi die Disease Management-Programme im Hintergrund einer integrierten Versorgung darstellen. In einem derartigen Modell muss es Vielfalt geben mit konkurrierenden und partiell kooperierenden Versorgungssystemen.

Hier stellt sich eigentlich nur die Frage, wann das System „explodiert“. Das bestehende System verträgt eigentlich nur Ansätze nach der „Nischenstrategie“, weil die notwendigen Strukturveränderungen nicht angegangen werden. Auf der anderen Seite entwickeln sich am Markt Modelle, die auch von weiten Teilen der Gesundheitspolitik unterstützt werden, die lediglich in der Initiierungsphase mit diesen Zielsetzungen kompatibel sind. Sobald sie eine gewisse Maturität erreicht haben, werden sie entweder die bestehenden Strukturen aufbrechen und es wird zu erheblichen Konflikten kommen – genau hier liegt auch der Kern der dritten strategischen Option –

oder sie werden wieder vom Markt verschwinden. Der Grundgedanke der dritten strategischen Option ist, dass das System derart verkrustet ist, dass es sich nicht reformieren lässt, sondern sie müssen sich quasi durch Kräfte aus dem System heraus selbst zerstören, respektive verändern. Dieser Ansatz ist sehr wohl mit marktwirtschaftlichen Modellen vereinbar, stellt er doch eine praktikable Form des Change Managements dar.

Abschließend sollen noch einige Gedanken zu notwendigen Gesundheitssystemvoraussetzungen angesprochen werden. Es wurde mehrfach darauf hingewiesen, dass ein wirklicher Erfolg der integrierten Versorgung, der über das Nischendasein hinausgeht, erhebliche Systemveränderungen bedingt. Insbesondere müssen die Themen Notwendigkeit und Träger des Sicherstellungsauftrages angesprochen werden, die Aufgaben und Grenzen von Selbstverwaltungsstrukturen in einem kompetitiven Umfeld und insbesondere auch die Frage der Vergütung von unterschiedlichen Systemen.

Rehabilitation behinderter Menschen



**Auswirkungen des SGB IX
auf die gesetzliche Krankenversicherung**
Von Dirk Liebold
2007, 356 S., brosch., 68,- €
ISBN 978-3-8329-2575-8
(*Gesundheitsrecht und Gesundheitswissenschaften, Bd. 17*)

Mit dem SGB IX wurde das Recht der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen neu geordnet. Die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der medizinischen Rehabilitation sind von diesen Neuregelungen unmittelbar betroffen. Die vorliegende Arbeit untersucht die Auswirkungen dieser Regelungen auf das System der gesetzlichen Krankenversicherung.

Bitte bestellen Sie bei Ihrer Buchhandlung oder bei Nomos
07221/2104-37 | -43 | www.nomos.de | sabine.horn@nomos.de

