

## INTEGRIERTE VERSORGUNG

# Was gut ist, setzt sich durch

Im nächsten Jahr endet die Anschubfinanzierung für die integrierte Versorgung. Etliche Verträge werden deshalb gekündigt. Zukunft haben vor allem flächendeckend angelegte Projekte, die sich möglichst selbst tragen.

**W**er Schwarzwaldromantik mag, ist im Kinzigtal genau richtig. Saftige Wiesen liegen vor dunklen Wäldern. An steilen Hängen kleben uralte Höfe. Die Menschen im Tal sind stolz darauf, was ihre Region in den letzten Jahrhunderten hervorgebracht hat. Bollenhut, Kirschtorte und Kuckucksuhr sind wohl die bekanntesten Errungenschaften. Doch seit einigen Jahren steht der Landstrich im Südwesten der Republik auch für einen gesundheitspolitischen Großversuch.

Seit 2006 übernehmen Ärzte, Kliniken und andere Leistungserbringer im Rahmen des Projekts „Gesundes Kinzigtal“ die integrierte Vollversorgung von mittlerweile 4 000 eingeschriebenen Versicherten der AOK Baden-Württemberg und der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Baden-Württemberg. Finanzielle Boni, wie eine Ermäßigung der Praxisgebühr, erhalten die Patienten nicht, dafür aber eine Rundumversorgung über die Sektorengrenzen hinweg.

## Boom von IV-Verträgen

Konkret wählt der Patient einen von 43 teilnehmenden Ärzten aus, der für ihn als Arzt des Vertrauens die Koordination in der Versorgung übernimmt. Die Vergütung der Ärzte orientiert sich am „Gesundheitsgewinn“. Das heißt: Können durch Vorsorgeprogramme Krankheiten vermieden und dadurch im Vergleich zur Regelversorgung Gelder eingespart werden, fließen diese wieder in die Optimierung der Versorgung. Daran partizipieren auch die Ärzte. Daten über mögliche Einsparungen liegen bisher noch nicht vor.

Solche Großprojekte zur sektorübergreifenden Vollversorgung wie im Kinzigtal bilden zwar die Ausnahme, Verträge zur integrierten Versorgung (IV) erleben seit 2004 dennoch einen wahren Boom. Damals führte die rot-grüne Bundesregierung einen Sonderetat für innovative intersektorale Projekte ein (*siehe Kasten*). Seither gestaltet sich zumindest die zahlenmäßige Entwicklung bei den Integrationsverträgen nach § 140 a bis e SGB V durchweg positiv: 5 583 Ver-

träge haben Krankenhäuser, Rehaeinrichtungen und niedergelassene Ärzte bis zum ersten Quartal dieses Jahres abgeschlossen – Anfang 2005 waren es gerade 613. Beinahe vier Millionen Versicherte haben sich seither in integrierte Versorgungsmodelle eingeschrieben.

„Die Einführung der Anschubfinanzierung war ein wichtiger Impuls durch die Politik“, sagt Dr. med. Thomas Heil. Als Mitglied der Deutschen Gesellschaft für integrierte Versorgung hat Heil beobachten können, wie sich „eine neue Gesprächskultur“ im Gesundheitswesen entwickelt hat. Selbstverständlich seien nicht alle Verträge von vornherein perfekt gewesen. Kritiker bezeichnen solche eilig und mitunter allein zur Ausschöpfung der Sondergelder geschlossenen Verträge als „quick and dirty“. Heil gibt jedoch zu bedenken, dass manche Verträge anfangs auch deshalb nicht geglückt seien, weil sich erst einmal alle Seiten hätten aneinander gewöhnen müssen.

Das ist nun geschehen. Doch läuft die Anschubfinan-

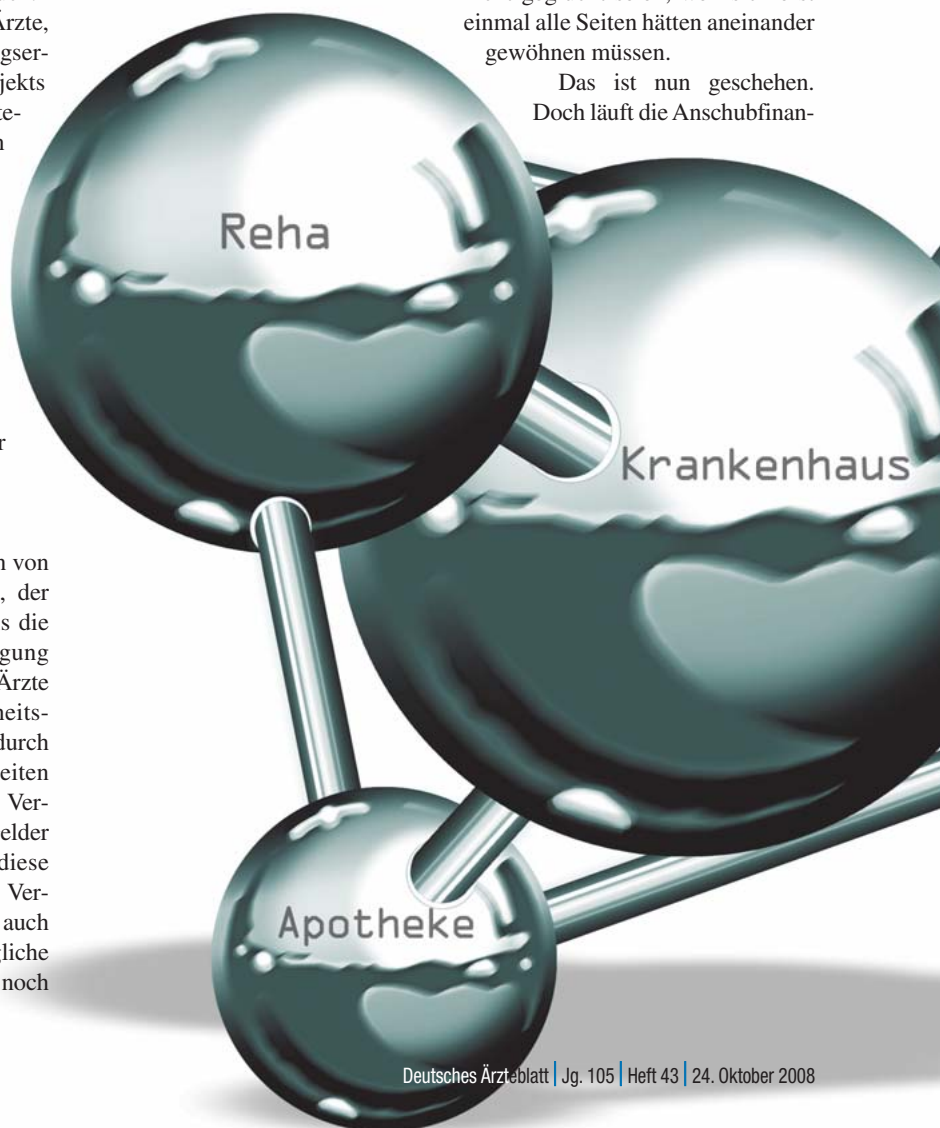




Foto: Cero

## „Es wird keine Verlängerung der Anschubfinanzierung geben.“

Ulla Schmidt, Bundesgesundheitsministerin

zierung zum Ende dieses Jahres aus. Für die Regelversorgung in Klinik und Praxis bedeutet dies eine Entlastung, weil ihr vorenthaltenes Geld nun wieder zufließt. Allerdings hat die Koalition auf eine Anschlussregelung zur Förderung innovativer Ansätze verzichtet. Zur Finanzierung von IV-Verträgen wurden bisher von Kliniken und Praxen bis zu ein Prozent der Gesamtvergütung einbehalten. In Zukunft sollen die Behandlungskosten für Versicherte in IV-Verträgen aus der Gesamtvergütung herausgerechnet werden. Ob das Geld reicht oder ob die Kassen wie vor 2004 lieber auf Integrationsverträge verzichten, ist völlig offen. Fest steht: „Es wird keine weitere Verlängerung der Anschubfinanzierung geben“, wie Bundesgesundheits-

ministerin Ulla Schmidt (SPD) jüngst noch einmal bekräftigt hat.

Die IV-Projekte müssten sich nun selbst tragen.

Für viele der bisherigen Integrationsverträge bedeutet dies das sichere Aus. Durchsetzen werden sich allenfalls Projekte, die wirtschaftlich sind, die Patientenversorgung schnell spürbar verbessern und die günstigstenfalls die Versicherten stärker an ihre jeweiligen Krankenkassen binden. „Nur eine geringe Zahl der Integrationsverträge

wird überdauern“, bestätigt Prof. Dr. Axel Mühlbacher vom Institut für Gesundheitsökonomie und Medizinmanagement in Neubrandenburg. Denn viele Modelle hätten keinen Mehrwert für die Patienten.

Tatsächlich sind die Gründe für die derzeitige Kündigungswelle vielfältig. Zum einen beenden die Kassen wegen der unklaren Haushaltslage im kommenden Jahr laufende Kooperationen. Häufig werden aber schlichtweg Modelle beendet, die sich ohne Sonderförderung nicht rentieren. Wie viele Projekte die Kassen als unwirtschaftlich einstufen, lässt sich allerdings nicht mit Sicherheit sagen. IV-Fachmann Heil schätzt, dass bis zum Ende der Anschubfinanzierung etwa ein Drittel der Verträge gekündigt wird. Das Problem ist, dass es bislang kaum gesicherte Erkenntnisse über die medizinischen und ökonomischen Auswirkungen der verschiedenen Projekte gibt. Denn Inhalt und Umfang der Verträge werden in der Regel vertraulich behandelt. Ob es etwa zu weniger Einweisungen in Kliniken kommt oder ob eine höhere Patientenzufriedenheit erreicht wird, ist meistens nicht bekannt. Sophia Schlette, gesundheitspolitische Expertin bei der Bertelsmann-Stiftung, sieht den Grund dafür darin, dass der Gesetzgeber seinerzeit keine Evaluationskriterien festgelegt habe: Man habe bewusst Spielräume für neue Formen der Zusammenarbeit schaffen wollen – insbesondere für die populationsbezogene Versorgung. Der Nachteil: Deshalb könne bislang nur gemutmaßt werden, welchen Nutzen Ärzte und Patienten aus der integrierten Versorgung zögen.

Dies bestätigt Prof. Dr. Eberhard Wille, Vorsitzender des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen: „Wir wissen über die flächendeckende Qualität der bisherigen Versuche sehr wenig.“ Da es keine Pflicht zur wissenschaftlichen Überprüfung der Verträge gebe,

evaluierten nur wenige Kassen und Leistungsanbieter – „und dann auch nur ausgewählte Projekte“. So gebe es zwar eine Liste mit „Leuchttürmen integrierter Versorgung, aber das ist nicht das, was in der Fläche geschieht“, so Wille.

Auch mit der jüngsten Gesundheitsreform hat der Gesetzgeber keine wissenschaftliche Evaluation vorgeschrieben. Dafür will die Koalition aber mit dem Klein-Klein der bisherigen Integrationsversorgung Schluss machen. Denn bislang sind rund 80 Prozent der Verträge rein schnittstellenbezogen. Dabei werden zumeist Koordinations- und Dokumentationsleistungen definiert und vergütet. Auch beziehen sich fast alle Projekte auf einzelne Krankheitsbilder, wie etwa die Versorgung von Knie-TEP. Mit dem GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz



Foto: AP

## „Die Mittel für die IV dürfen nicht der Regelversorgung entzogen werden.“

Jürgen Wasem, Gesundheitsökonom

setzt die Regierung nun auf eine sogenannte bevölkerungsbezogene Flächendeckung der Projekte.

„Der Grundgedanke dabei ist einfach“, erläutert Prof. Dr. Volker Eric Amelung, der Vorstandsvorsitzende des Bundesverbandes Managed Care (BMC), einer Ideenschmiede mit Schwerpunkt auf innovativen Versorgungsformen. Kassen, Leistungserbringer oder andere Organisationen übernehmen hierbei für eine bestimmte Bevölkerungsgruppe über einen abgesteckten Zeitraum die Versorgung zu vorab festgeleg-



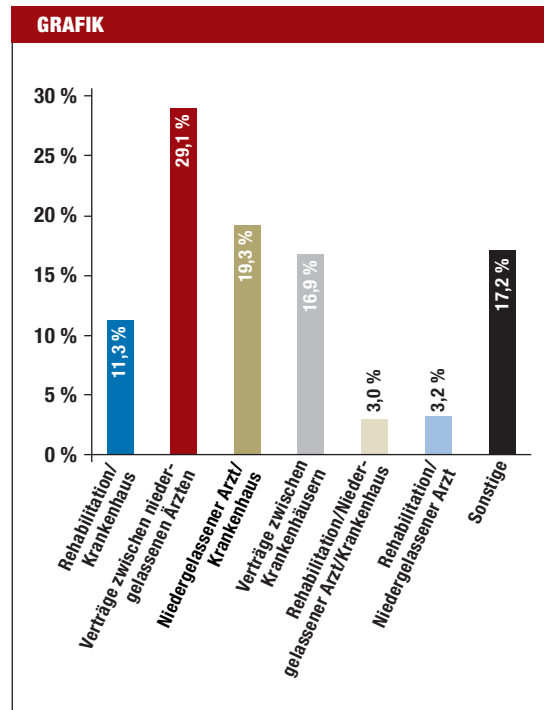
ten Qualitätsstandards und Leistungspaketen. Hierfür erhielten sie ein festgelegtes Budget. „Die Steuerungswirkung ist immens. Denn derjenige, der die Versorgung übernimmt, hat ein großes Interesse an der Gesunderhaltung der teilnehmenden Versicherten“, so Amelung.

Ein Beispiel hierfür ist das Projekt in Kinzigtal. Auf neun Jahre ist es angelegt. Ob es darüber hinaus Bestand haben wird, ist jedoch fraglich. Amelung hält drei Faktoren für entscheidend, ob populationsorientierte Modelle erfolgreich sein werden: die notwendige Mindestgröße, die Möglichkeit in erheblichem Umfang investieren zu können und vor allem, ob auf die Leistungserstellung Einfluss genommen werden kann.

### Viele gute Projekte in der Pipeline

Das Projekt „prospere“ der Knappschaft verfolgt ebenfalls einen bevölkerungsbezogenen Ansatz. Die Strukturen hierfür waren teilweise bereits vorhanden, als der Gesetzgeber mit der Anschubfinanzierung 2004 neue Anreize setzte. „Wir haben die Anschubfinanzierung aus den letzten vier Jahren genutzt, um die Strukturen unseres Projekts zu verbessern“, berichtet Hans Adolf Müller, bei der Knappschaft zuständig für das Gesundheitsmanagement.

Inzwischen hat die Knappschaft Gesundheitsnetze in fünf Regionen



**Wer kooperiert mit wem?** Anteile der verschiedenen Vertragspartnerkonstellationen bei der IV.

aufgebaut. Das jüngste Projekt ging in diesem Frühjahr in der Lausitz an den Start. Bei allen Projekten von 2004 an war Müller zufolge klar, dass sie sich langfristig auch ohne Anschubfinanzierung tragen können.

Mithilfe dieses Geldes entwarfen Knappschaftsexperten unter anderem sogenannte sektorübergreifende Behandlungspfade. In allen Netzkrankenhäusern werden mehr als 60 Prozent der Patienten danach behandelt. Drei der Häuser wurden zudem vollständig digitalisiert. Nie-

dergelassene Ärzte dockten sich an die Netzkrankenhäuser an.

Darüber hinaus kümmert sich die Knappschaft um sogenannte Hochkostenpatienten, alte Menschen und chronisch Kranke. Das Integrationsmodell „ProSenior“ im Ruhrgebiet beispielsweise zielt darauf ab, Hausärzte für Hausbesuche besser zu entlohnen. Dadurch, erklärt Müller, sinke die Krankenhauseinweisungsrate und die Ärzte seien zufriedener.

„Wir haben viele gute Projekte in der Pipeline. Schade, dass die Phase der Anschubfinanzierung nun vorbei ist“, gesteht Müller ein. Das Geld sei nötig, um die Modelle zum Laufen zu bringen. Wer diese wichtigen Jahre nicht genutzt habe, werde Probleme bekommen.

Neben solchen Leuchtturmprojekten, wie das im Kinzigtal und „prospere“, gibt es eine Fülle kleinerer Modelle. Dass dabei insbesondere indikationsbezogene Ansätze nicht immer schlecht sein müssen, räumt auch Amelung ein. Mitunter könne es sinnvoll sein, erst überschaubare Ansätze zu wählen, um schnell Erfolge zu erzielen und dann darauf aufzubauen.

„Ein buntes Spektrum an Verträgen bietet die Gemeinschaft der Ersatzkassen an“, berichtet der Vorstandsvorsitzende des Ersatzkassenverbands, Thomas Ballast. Als guten und zukunftsweisenden Vertrag bezeichnet er beispielsweise den Parkinson-Vertrag der Ersatzkassen in Kooperation mit dem Universitätsklinikum Düsseldorf. Parkinson-Patienten mit starken Schwankungen der Beweglichkeit, die normalerweise zur medikamentösen Einstellung drei Wochen ins Krankenhaus überwiesen werden, erhalten im Anschluss an ihre Krankenhausbehandlung eine telemedizinische Behandlung in ihrem häuslichen Umfeld. Da dieses Verfahren deutliche Vorteile für Patienten, Ärzte und Krankenkassen biete, wolle die Kasse versuchen, es auch bundesweit umzusetzen, kündigt Ballast an.

Dr. med. Christoph Straub, stellvertretender Vorstandsvorsitzender der Techniker-Krankenkasse (TK), sieht die Entwicklung ebenso positiv. Allein die TK habe rund 300 IV-

## STICHWORT INTEGRIERTE VERSORGUNG

- Integrierte Versorgung ist seit dem Jahr 2000 gesondert in § 140 a bis e SGB V geregelt. Da die Umsetzung schleppend verlief, führte der Gesetzgeber mit dem GKV-Modernisierungsgesetz 2004 finanzielle Anreize ein.
- Anschubfinanzierung gemäß § 140 d SGB V: Jede Krankenkasse hat zur Förderung der IV in den Jahren 2004 bis 2008 ein Prozent der an die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenhäuser zu entrichtenden Gesamtvergütung einzubehalten, soweit die Mittel zur Umsetzung der IV erforderlich sind.
- Mit dem Vertragsarztsrechtsänderungsgesetz (VÄndG) wurde die Anschubfinanzierung bis Ende 2008 verlängert.
- Vertragskategorien sind: modifizierte Strukturverträge (ambulantes Operieren), indikationsbezogene Verträge (Endoprothetik), Case-Management-Verträge (transsektorale Versorgung), Verträge mit Budgetvereinbarungen, bevölkerungsbezogen-flächendeckend mit Pauschalen oder Capitation-Modellen.
- Weitere Sonderverträge: ambulante Behandlung im Krankenhaus nach § 116 b SGB V, Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung nach § 73 c SGB V, ambulantes Operieren im Krankenhaus nach § 115 b SGB V, hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V

Verträge abgeschlossen, nur 15 Prozent müssten gekündigt werden, sagt Straub. „Die meisten Verträge haben wir von vornherein so angelegt, dass sie unabhängig von der Anschubfinanzierung laufen können.“ Die Kritik, es gebe zu wenig bevölkerungsbezogene und flächendeckende Verträge, lässt er nicht gelten. „Kein Unternehmen stellt ein Produkt in der Fläche her, ohne es zunächst in einer bestimmten Region getestet zu haben.“

Seine Wirtschaftlichkeit hat der „Netzverbund Nordost“ der AOK Berlin bereits unter Beweis gestellt. Der Verbund ist ein Zusammenschluss von vier Netzen, an denen 180 Berliner Haus- und Fachärzte sowie Pflegedienste, Physiotherapeuten und drei Krankenhausträger beteiligt sind. Nach internen Berechnungen seien die Krankenhausausgaben 2007 durch die koordinierte Zusammenarbeit der Vertragspartner um eine halbe Million Euro reduziert worden, heißt es.

### Krankenkassen in „Fondsstarre“

Trotz solcher positiven Beispiele halten sich die Kassen beim Abschluss neuer Integrationsverträge zurück. Mit ein Grund hierfür ist der Start des Gesundheitsfonds sowie die Einführung des Einheitsbeitragsatzes für die Kassen im nächsten Jahr. Die Kostenträger können noch nicht genau abschätzen, wie sich ihre Einnahmen und Ausgaben 2009 entwickeln werden. „Wir erleben als Leistungserbringer bereits jetzt eine ‚Fondsstarre‘ der Krankenkassen, was innovative

Konzepte angeht“, konstatiert der Vorstandsvorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, Dr. med. Andreas Köhler. 2009, sagt TK-Vorstand Straub, sei die Dynamik erst einmal „raus“. Danach werde es aber sicherlich einen neuen Schub an Sonderverträgen geben.

Diese Meinung teilen nicht alle. Während bereits laufende medizinisch und ökonomisch sinnvolle Projekte weitergeführt werden, sieht es nach Ansicht mancher Experten für den weiteren Ausbau der IV ohne zusätzliche Mittel schlecht aus. So weist der Essener Gesundheitsökonom, Prof. Dr. Jürgen Wasmann, darauf hin, dass auch gut gemachte Verträge Zeit brauchen, um ihre Wirkung entfalten zu können. Deshalb sei eine Anschubfinanzierung wichtig. Allerdings warnt Wasmann: „Die Mittel für die IV dürfen nicht der Regelversorgung entzogen werden.“ Das Geld sollte vielmehr „on top“ bereitgestellt werden. Dies hätte die Politik allerdings bei der Berechnung des Einheitsbeitragsatzes der Krankenkassen miteinbeziehen müssen.

In einem gemeinsamen Positionspapier skizzieren die Deutsche Gesellschaft für integrierte Versorgung und der Bundesverband Managed Care fünf Szenarien für eine Weiterentwicklung der IV. Die erste darin beschriebene Variante, die ein Ende der Anschubfinanzierung vorsieht, hat die Koalition gewählt. Denkbar wäre nach Ansicht der beiden Verbände aber auch eine Auf-

stockung der Mittel um bis zu drei Prozent der Gesamtvergütung. Ebenfalls möglich sei die Beibehaltung der 1-Prozent-Finanzierung, allerdings mit Auflagen, um Fehlansätze zu vermeiden. Eine weitere Variante wäre eine zeitliche Befristung der Anschubfinanzierung und schließlich ein sogenannter Innovationspool.

### Sorge vor Scheitern der integrierten Versorgung

Für Letzteren wirbt die Hamburger Beratungsagentur „Hildebrandt Gesundheitsconsult“ (HGC). Wie eine Befragung der HGC unter mehreren Hundert Akteuren vonseiten der Krankenkassen und der Leistungsanbieter verdeutlicht, treibt viele die Sorge um, mit dem Ende der Anschubfinanzierung könne auch das Ende für die IV insgesamt kommen. Die Anschubfinanzierung sollte nach Meinung der Befragten nicht beendet, sondern intelligent weiterentwickelt werden.

HGC-Geschäftsführer Helmut Hildebrandt, der auch Geschäftsführer der Managementgesellschaft im Kinzigtal ist, schlägt vor, die einprozentige Anschubfinanzierung in einen Sonderetat innerhalb des Gesundheitsfonds umzuwandeln, mit dem die Kassen neue Ansätze initiieren und anfänglich finanzieren können. Konkret sollen die Kassen für einen Anteil der Gesamtausgleichsbeträge aus dem Fonds (1,5 bis vier Milliarden Euro) einen Nachweis darüber führen, ob sie entsprechende Mittel für neue Versorgungs- und Systeminnovationen ausgegeben haben. Können sie diesen Nachweis nicht erbringen, geht das Geld an den Fonds zurück.

Doch wird es wohl bis auf Weiteres nicht dazu kommen, schon deshalb, weil die Regierung einen vergleichsweise niedrigen Einheitsbeitragsatz von 15,5 Prozent festgelegt hat. Die Kassen haben damit kaum Spielraum für gesundheitspolitische Experimente. Deshalb gilt: Bereits bestehende und bewährte Projekte werden sich auch in Zukunft halten können, für Neues und Unerprobtes braucht es jedoch Mut und Überzeugungskraft. ■

Martina Merten, Samir Rabbata

**Auch wenn der Datenfluss** zwischen Patient und Arzt gut funktioniert – der Nutzen von IV ist noch weitgehend unerforscht.



Foto: Superbild